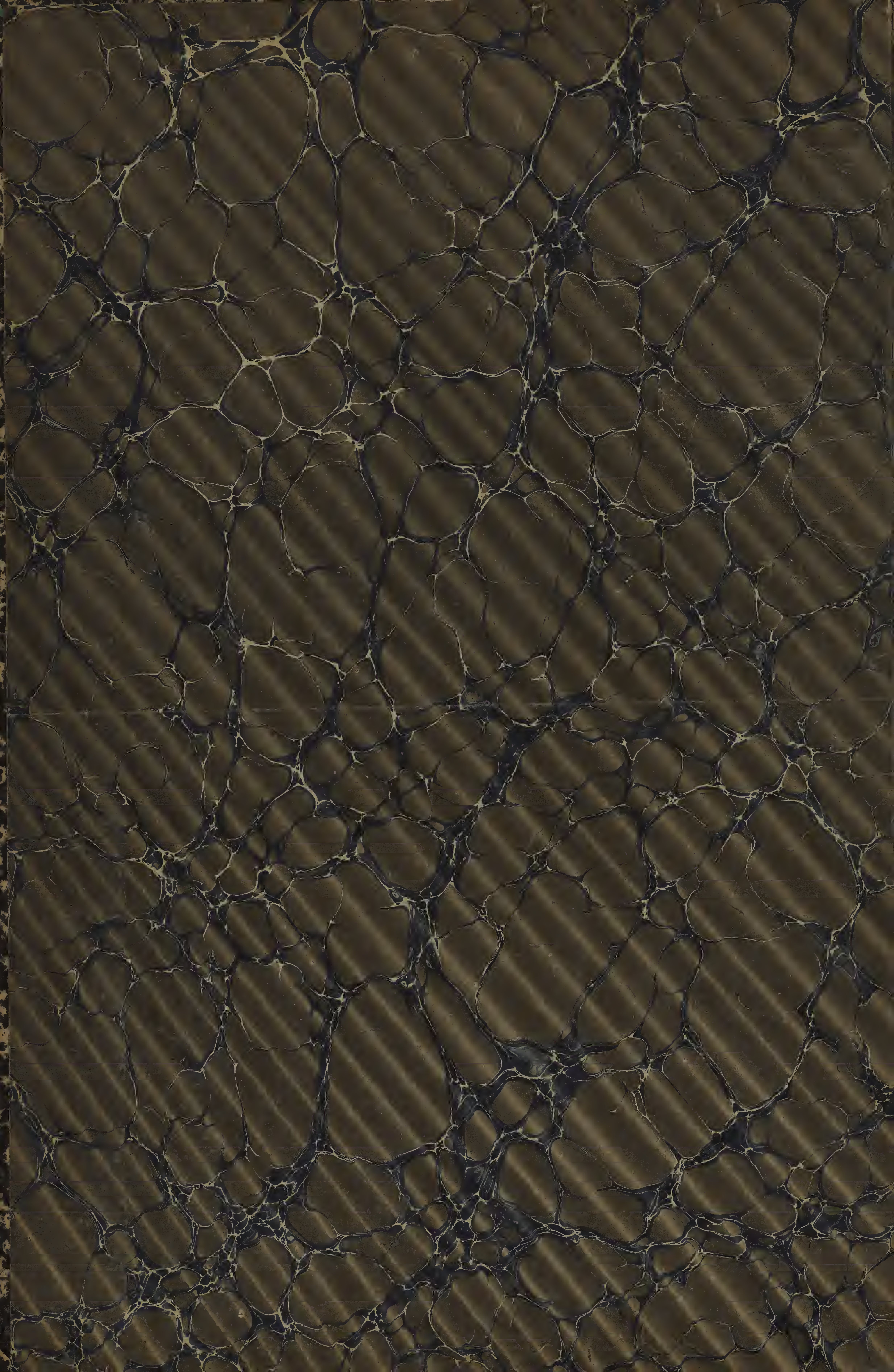
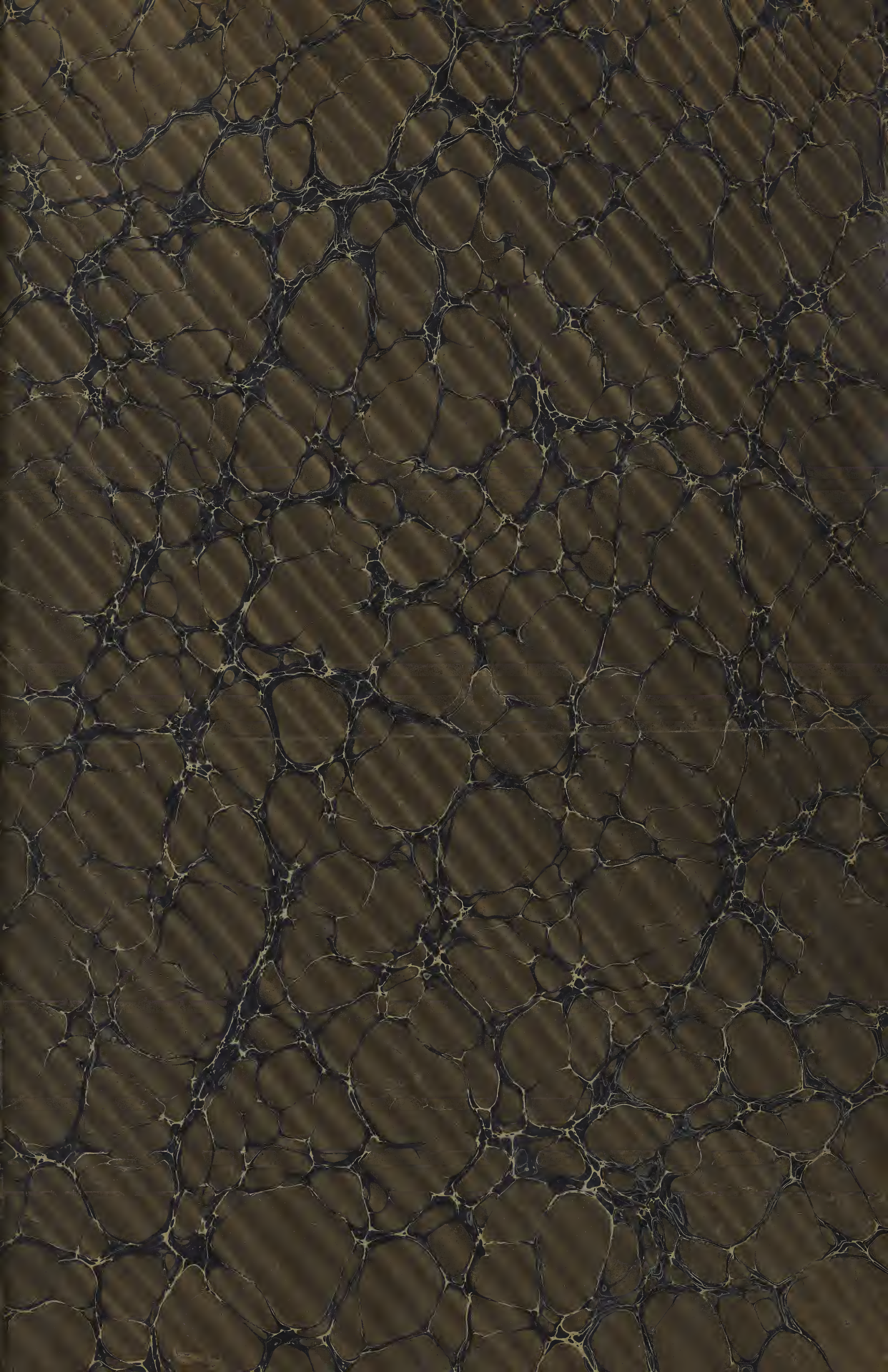




LEÇONS

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU.

Ces Leçons étaient éclairées constamment par la présence de malades soumis à l'examen des auditeurs. Cette partie pratique du Cours est remplacée ici par des planches, pour l'exécution desquelles rien n'a été négligé. Les dessins ont tous été pris d'après nature, et faits sous nos yeux par M. Bocourt. Quant aux gravures, elles ont été confiées à des artistes habiles, et cet important travail a été dirigé par mon ami Henriquel Dupont, à qui je suis heureux d'offrir l'expression de ma reconnaissance. Citer ici ce nom justement célèbre dans les arts, c'est la meilleure recommandation que nous puissions faire de cette partie de l'ouvrage.

A. Cazenave.

INDICATION

DES

PLANCHES CONTENUES DANS L'OUVRAGE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, SUCCESSEURS DE PAUL RENOUARD,

Rue Garancière, 5, derrière Saint-Sulpice.

LEÇONS
SUR LES MALADIES
DE LA PEAU

PROFESSÉES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

P.-L. ALPHÉE CAZENAVE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS,
CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ETC.



...... *Experientiâ audeo.*

PARIS.

ANCIENNE MAISON BÉCHET JEUNE,

LABÉ, ÉDITEUR, LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

1856.

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU.

INTRODUCTION.

Messieurs,



L'étude des maladies de la peau a enfin acquis de nos jours l'importance qu'elle mérite, et j'espère que vous reconnaîtrez avec moi qu'elle est, au plus haut point, digne de votre attention. Il n'est peut-être pas, en effet, de sujet plus intéressant que l'histoire pathologique de la peau, de cet organe de tact et d'absorption, de cet agent de sécrétions si diverses, soit qu'on la considère au point de vue des nombreuses influences extérieures auxquelles elle est soumise, soit qu'on l'envisage dans ses sympathies plus ou moins intimes avec d'autres organes, avec d'autres tissus, et surtout avec les membranes muqueuses, sympathies qui font trop souvent, de ses souffrances, le reflet de souffrances intérieures. Comparée aux membranes muqueuses, la peau a une force plastique moins développée, mais une vie animale plus active : elle est pourvue d'un système nerveux presque exclusif, d'un appareil fonctionnel très étendu; d'un autre côté, elle est nécessairement soumise à une foule d'influences médiates ou immédiates, qui deviennent autant d'élémens morbides : or, toutes ces conditions font comprendre le grand nombre de maladies auxquelles elle est exposée, et dont l'histoire doit faire le sujet de ces leçons.

Mais, avant d'examiner avec vous en détail chacun des types qui composent la grande famille des maladies de la peau, il nous importe de jeter un coup-d'œil en arrière, pour voir comment s'est constituée cette pathologie cutanée, dont on a fait une pathologie spéciale, et pour mieux faire apprécier tout d'abord quelles doivent être aujourd'hui les tendances de nos études, et vers quel but nous devons marcher. L'œuvre de nos devanciers est-elle aujourd'hui complète? A-t-elle produit tous les résultats que l'on pouvait en attendre? Enfin, devons-nous entrer dans une voie nouvelle? Telles sont les importantes questions qu'il faut résoudre avant de nous engager plus loin.

Si nous interrogeons le passé, nous trouvons deux périodes bien distinctes. Dans la première, les maladies de la peau sont perdues dans la pathologie générale; nul caractère distinct ne les signale à l'étude du praticien, tout est confusion enfin, et sous le rapport du diagnostic, et sous le rapport du traitement. Dans la seconde, nous les voyons, au contraire, isolées, ayant une nosographie à part, un langage particulier, constituant enfin ce que l'on appelle une spécialité. En dehors de ces deux périodes, il en existe une autre toute d'avenir : c'est celle dans laquelle nous voulons entrer avec vous.

Quoique mal étudiées par les anciens, les maladies de la peau ont été cependant signalées par eux; on en trouve quelques traits descriptifs dans les livres des Égyptiens, dans la législation hygiénique de Moïse, où l'hérédité de certaines éruptions est nettement indiquée; dans Hérodote, qui nous a transmis les lois juives sur la lèpre; dans

Hippocrate, dont le génie embrassa toutes les parties de la science médicale; Hippocrate avait même pressenti une circonstance très importante sur laquelle je me propose d'appeler votre attention : c'est la relation qui existerait entre certaines affections de la peau, et certains troubles intérieurs dont elles ne seraient alors que l'expression; aussi avait-il admis que les maladies cutanées, en général, pouvaient se rapporter à deux ordres d'influences : celles du dehors, et celles du dedans, distinction qui devait devenir plus tard la base de l'ouvrage de Lorry.

Pline, qui n'a fait le plus souvent que signaler un nombre infini de remèdes, a cependant indiqué la symptomatologie de quelques formes particulières, et entre autres du sycosis, de cette mentagre que l'on devait, après un silence de quatorze cents ans sur ses caractères vrais, retrouver dans les descriptions des auteurs qui ont rapporté la fameuse épidémie du xve siècle. S'il faut en croire Pline, cette maladie aurait été apportée d'Asie par un chevalier romain qui l'avait contractée par contagion, et transmise de même à ses compatriotes; elle se serait rapidement répandue par le baiser, alors d'un usage général, et aurait revêtu des caractères de gravité que nous ne lui connaissons plus. L'assertion du naturaliste latin commande cependant une certaine réserve de confiance, et plus tard, sa mentagre, si grave, si contagieuse, comparée avec plusieurs descriptions de l'épidémie du xve siècle, nous donnera probablement l'occasion d'avancer une preuve de plus en faveur de l'antiquité de la syphilis.

Celse a décrit un grand nombre de maladies de la peau; il s'est souvent servi du mot *papule* pour désigner toutes sortes de lésions; mais ces descriptions ne portent pas le cachet d'exactitude particulier à cet écrivain, doublement remarquable par l'élégance de son style et la solidité de son esprit d'observation.

Galien, le plus fécond des médecins de l'antiquité, devait s'occuper des maladies de la peau; cependant, s'il en a parlé souvent, c'était moins pour en tracer les caractères, pour éclairer leur diagnostic, que pour rechercher quel rôle elles pouvaient jouer dans sa théorie des humeurs; aussi n'a-t-il en rien fait progresser leur étude.

Les Arabes, qui cultivèrent au moyen-âge la thérapeutique avec tant de succès, sont loin d'avoir abordé avec le même résultat l'étude des maladies de la peau; cependant ils ont les premiers décrit la Variole, la Rougeole, l'Urticaire; les premiers, ils ont établi et peint les caractères de cette espèce d'Éléphantiasis, qui a conservé leur nom. Enfin Avenzohar semble avoir connu l'insecte qui est la cause de la gale, et il faudrait faire remonter jusqu'à lui la description de l'*Acarus scabiei.*

Les commentaires, les compilations, les copies des arabistes, présentent une grande confusion : on voit revenir à chaque instant les noms vagues de *condylômes*, de *fics*, de *formica*, de *morphea*, avec des applications indéterminées et souvent contradictoires; plus souvent encore on trouve le mot *pustule* servant à désigner toutes les formes un peu graves de maladies cutanées : on admettait alors des pustules de toute sorte, des blanches, des noires, des molles, des dures, etc., et cette dénomination devait devenir d'un usage presque général pour les écrivains de l'épidémie de 1492, comme pour ceux du xvie siècle, sans avoir d'ailleurs une signification tant soit peu précise.

Dans cette première période, l'étude des maladies de la peau ne reposait encore sur aucune donnée positive : il n'y avait pas de théorie, même incomplète, admise avec une certaine apparence de généralité. Or, pour trouver quelque tendance à classer ces maladies à part, il faut arriver jusqu'à Mercuriali, qui fit paraître en 1576 un petit livre dans lequel il divisa les maladies de la peau en plusieurs groupes, dont les caractères étaient seulement tirés du siége qu'elles affectent; plus tard, cet essai devait servir de base à la première classification du professeur Alibert. En 1650 Haffenreffer, professeur de médecine à Tubingue, publia un Traité particulier des maladies de la peau : il essaya de les classer en *Eruptions* ou *Taches*, *Ulcères* ou *Blessures.*

Malgré ces travaux, la pathologie cutanée n'occupait qu'une place très restreinte dans les traités de médecine, et il semblait que cette partie de la science, pourtant si importante, devait rester éternellement perdue dans un chaos inextricable. Cette confusion tenait surtout à une cause qu'il importe de signaler, car elle a eu sur l'étude une influence funeste qui n'a pas encore aujourd'hui tout-à-fait disparu; je veux parler de l'absence de toute dénomination précise et de l'obscurité de la nomenclature. Cette confusion était si complète, si générale, que pendant bien des années il n'y a peut-être pas eu un seul terme, dans la pathologie cutanée, qui ait conservé une signification arrêtée et constante. Ainsi φωρα représentait, chez les Grecs, tantôt une éruption caractérisée par des démangeaisons seulement, tantôt une maladie avec suintement, tantôt enfin une forme avec écailles, et c'est cette dernière signification à laquelle on s'est arrêté, puisqu'on en a fait le *psoriasis*. Le mot λειχηνες, employé par Hippocrate dans une foule de circonstances différentes, a servi à désigner une maladie épidémique à laquelle, plus tard, on a voulu rattacher l'épidémie du xve siècle. Chez les Latins, on appelait du nom d'*impetigo* les éruptions qui avaient principalement leur siége à la face; nous le retrouvons plus tard employé par Guillaume de Salicet pour désigner une décoloration de la peau, sans lésion ni altération de substance, affection qui se rapporte évidemment au *vitiligo*.

La dénomination de *papules* a été donnée indistinctement à toute espèce d'élévations à la peau, revêtues dans certains cas de caractères qui permettent de reconnaître des affections pustuleuses : c'est dans ce sens qu'on la trouve employée par Celse. Il faudrait en dire autant des mots *scabies*, *porrigo*, *vari*, etc.; mais tout ce qu'il y a d'inconcevable dans cette confusion des termes semble se résumer dans le mot lèpre, qui a eu un si triste retentissement au moyen-âge. Les Hébreux désignaient sous le nom de *tsarath* une maladie cruelle qui pénétrait jusqu'aux os; les Septante traduisirent ce nom en celui de λεπρα de λεπις, écaille. Plus tard le même mot lèpre, qui avait servi à représenter

l'éléphantiasis des Hébreux et des Grecs, fut appliqué à celui des Arabes, qu'ils avaient décrit sous le nom de *juzam*; et enfin la signification s'étendant peu-à-peu, il fut bientôt attribué à toutes les éruptions qui présentaient une certaine gravité. Cette circonstance explique comment l'Europe eut au moyen-âge une population à part, population séquestrée et flétrie qu'on appelait les lépreux, et comment il existait encore à Paris, même en 1600, une léproserie où rien n'était sans doute plus rare que la maladie désignée improprement sous le nom de lèpre, l'éléphantiasis tuberculeux. Enfin, et à mesure que cette dénomination perdait de sa généralité, nous revoyons le terme de *pustules* adopté par presque tous les auteurs pour qualifier une éruption quelconque, et servir de base à toutes les descriptions de formes, indiquées à-peu-près par ces termes vagues : sèches, humides, dures, molles, etc. Plus tard encore, le mot pustules fut remplacé par celui de *dartres*, correspondant à la dénomination *d'herpès*, et accepté par tous ceux qui s'occupaient des maladies de la peau. La théorie de ces affections était bien simple alors : on supposait une altération du sang ou des autres humeurs, par un vice, un principe dartreux ou herpétique, et toute éruption traduisant à la peau l'existence de ce vice, de ce principe herpétique ou dartreux, s'appelait dartre. Mais si ce terme, adapté ainsi indistinctement à toutes les affections cutanées, pouvait séduire l'esprit par son apparente simplicité, il n'ouvrait aucune voie nouvelle au diagnostic; il substituait une incertitude de plus à celles qui existaient déjà. Et cependant, malgré toutes ces imperfections, il devait provoquer les premières tentatives qui seraient faites pour étudier méthodiquement les maladies de la peau.

Ainsi donc, perdues dans l'assemblage arbitraire d'une foule de dénominations confuses et stériles pour la science, les maladies de la peau échappaient à la théorie aussi bien qu'à l'observation directe. Cependant Mercuriali et Haffenreffer avaient fait pressentir par leurs essais les résultats qu'il était possible d'obtenir en suivant des voies plus rationnelles; ces germes précieux devaient être bientôt fécondés, et signaler le commencement de la seconde période. Déjà en 1714 Daniel Turner (1), écrivain laborieux, praticien versé dans la connaissance des maladies syphilitiques, divise les affections cutanées en deux grandes familles, selon qu'elles apparaissent à la tête, selon qu'elles sont fixées sur tout autre point du corps. Plus tard, Plenck (2), professeur distingué de l'Académie médico-chirurgicale de Vienne, essaie de classer les maladies de la peau selon leurs caractères extérieurs. Presque dans le même temps Lorry (3), critique judicieux et érudit, théoricien à vues larges et élevées, écrivain au style élégant et riche, s'appropriant l'idée d'Hippocrate, reconnaît deux grandes divisions des maladies de la peau, selon qu'elles sont le résultat de causes extérieures, ou le reflet de causes internes plus ou moins profondes. Enfin, en 1779, le collége de Lyon, comprenant l'importance que prenait de jour en jour la pathologie cutanée, met au concours cette question, illustrée par les thèses de Poupart et de Roussel : *de Variis herpetum speciebus.*

Ces travaux constataient un progrès remarquable dans l'histoire des affections cutanées; ils marquaient d'ailleurs d'une manière positive cette ère d'isolement que j'ai appelée la période de *spécialité :* mais ce n'était pas assez de cette tendance à mettre à part les maladies de la peau, pour en rendre la connaissance graphique plus facile et plus complète, il fallait, pour que l'étude et surtout l'enseignement de ces maladies devinssent possibles, qu'elles fussent classées selon certaines règles applicables à toutes les formes : or, de tous les essais théoriques que je viens de signaler, un seul, le livre de Plenck, pouvait être considéré comme une tentative sérieuse de classification. Ce professeur avait admis les quatorze classes suivantes : *Maculæ—Pustulæ—Vesiculæ—Bullæ—Papulæ—Crustæ—Squammæ—Callositates—Excrescentiæ cutaneæ—Ulcera cutanea—Vulnera cutanea—Insecta cutanea—Morbi ungium—Morbi pilorum.* Comme on le voit, cette classification renferme à côté de symptômes élémentaires et constans, comme les vésicules, les pustules, les bulles et les papules, des produits secondaires et accidentels, comme les croûtes, les ulcères, etc. Plenck s'était de plus exposé à reproduire plusieurs fois la même maladie, selon qu'elle existait à l'état pustuleux, par exemple, ou à l'état de croûte, ou enfin à l'état ulcéreux. Cependant cet essai, tout imparfait, tout vicieux qu'il était, annonçait des tendances meilleures, et renfermait d'ailleurs le germe des classifications qui devaient rallier plus tard les efforts et les travaux des dermatographes. En effet, presque dans le même temps, à la fin du XVIIIe siècle, et au commencement du XIXe, on vit surgir deux hommes qui allaient donner à la pathologie cutanée une impulsion désormais irrésistible : en Angleterre, Willan, médecin d'un dispensaire de Londres; en France, Alibert, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis. Le premier vint donner à l'étude des maladies de la peau la clarté et la méthode dont elle avait manqué jusqu'alors, et s'appuyant avant tout sur la précision du langage, il assigna à chaque terme une signification positive : désormais chaque dénomination eut une valeur exacte, le diagnostic fut enfin soumis à des règles qui le rendaient, sinon facile, au moins possible. Le second, saisissant avec bonheur les traits caractéristiques des diverses formes éruptives, les mit en relief par le pittoresque de ses descriptions, traduisit les symptômes par des images, appela autour de lui la foule que séduisait l'éclat de son enseignement; et, soit par l'originalité de ses écrits, soit par l'élégance et l'énergie de sa parole, il popularisa en France l'étude des maladies de la peau, de ces affections regardées comme à peine dignes de l'exploitation presque exclusive des charlatans. Partis de deux points opposés, Alibert et Willan se rencon-

(1) *Treatise on the diseases incident in the skin.* Londres, 1714.
(2) *Doctrina de Morbis cutaneis*, quâ hi in suas classes, genera et species redigantur. Vienne, 1776.
(3) *Tractatus de Morbis cutaneis.* Paris, 1777.

trèrent dans une nécessité commune, celle d'imposer au public médical une classification qui fît loi dans cette pathologie spéciale : chacun d'eux fit donc la sienne, qu'attendait un avenir différent.

Alibert fonda son œuvre sur les données empruntées au livre de Turner, qui lui-même les avait puisées dans le petit livre de Mercuriali (1). Le professeur français admit donc deux grandes classes d'éruptions (2), selon qu'elles se présentaient à la tête, selon qu'elles apparaissaient au tronc : il appela les premières, *teignes*, et les secondes *dartres*. Avant d'entrer dans l'examen de cette classification, on est frappé tout d'abord d'un grave inconvénient qui résulte de cette distinction de siége. En effet, la même maladie devait être tantôt une teigne, tantôt une dartre, selon qu'elle existait ou au cuir chevelu, ou sur tout autre point de l'enveloppe cutanée. Cette confusion constituait un vice originel, qui devait singulièrement nuire à l'étude de maladies déjà si obscures. Il est vrai qu'Alibert avait essayé de donner aux mots teignes et dartres un sens plus précis, en y ajoutant d'autres dénominations tirées d'ailleurs des apparences extérieures de l'éruption. Ainsi, il décrivit cinq espèces de teignes : *la Teigne faveuse—la Teigne granulée—la Teigne furfuracée—la Teigne amiantacée—et la Teigne muqueuse ;* sept espèces de dartres : *la Dartre furfuracée—la Dartre squammeuse—la Dartre crustacée—la Dartre rongeante—la Dartre pustuleuse—la Dartre phlycténoïde—la Dartre érythémoïde :* chacune de ces espèces se subdivisait en plusieurs variétés, basées aussi, non-seulement sur des produits secondaires, mais encore sur des caractères éventuels. Enfin, un certain nombre de formes ne pouvant pas entrer dans ces deux ordres principaux, Alibert admit pour compléter sa classification, neuf types distincts : *les Pliques—les Ephélides—les Cancroïdes—les Lèpres—les Pians—les Ycthyoses—les Syphilides—les Scrofules—les Psorides.*—Indépendamment du vice qui entachait la division principale, cette classification péchait par la base. Ainsi, si je prends pour exemple celle de toutes les formes qu'Alibert a peut-être le mieux décrite, *la Dartre crustacée flavescente*, qui correspond à l'impetigo de Willan, certes il n'y a pas d'expression qui peigne mieux cette éruption, quand elle se montre avec ses croûtes épaisses, blondes, comme ambrées : mais ce caractère, tout-à-fait secondaire, peut manquer, non pas seulement parce qu'il a passé, mais parce qu'il n'a pas existé... L'impetigo peut exister seulement à l'état pustuleux ! Si l'eczéma se présente avec ses surfaces squammeuses, entremêlées d'un suintement plus ou moins abondant, certes on ne pourra pas mieux le désigner que par les mots de *dartre squammeuse humide ;* mais il peut n'exister ni squammes, ni suintement ; et s'il n'y a, par exemple, que des vésicules ! que deviennent alors des expressions, dont tout le pittoresque n'est plus qu'un brillant non-sens.

La classification d'Alibert avait un autre inconvénient : c'était celui de rapprocher des maladies essentiellement différentes, et de séparer, au contraire, des maladies identiques, sans avoir pour excuse, comme dans la classification de Willan, la sévère exigeance de la forme.

Plus tard, Alibert, comprenant sans doute les vices de cette classification, en adopta une autre qui lui était entièrement propre (3), mais qui, il faut bien le dire, était de beaucoup inférieure à la première. On y cherche en vain ce charme, ce pittoresque des images, qui étaient d'une vérité énergique, au moins par rapport aux cas auxquels ils s'appliquaient : mais on y retrouve toutes les causes de confusion et d'erreur, augmentées de confusions et d'erreurs nouvelles. Dans la première classification, Alibert avait un plan, des divisions que l'on comprenait, et dont les imperfections étaient rachetées, à la rigueur, par la vigueur et l'exactitude des tableaux, mais cette fois, s'affranchissant de toute espèce de méthode, l'auteur imaginait un arbre immense, *l'arbre des dermatoses*, type indéfini, dans lequel venaient se personnifier toutes les affections de la peau. De ce tronc partent et se dirigent au hasard des branches et des rameaux : c'étaient les maladies avec leurs variétés.

CLASSIFICATION DES DERMATOSES.

PREMIER GROUPE. — DERMATOSES ECZEMATEUSES.

Genre 1. — Erythème. — Sept espèces.	Genre 5. — Phlyzacia. — Deux espèces.	Genre 9. — Ophlyctide. — Deux espèces.
Genre 2. — Erysipèle. — Trois espèces.	Genre 6. — Cnidosis. — Deux espèces.	Genre 10. — Pyrophlyctide.—Deux espèccs.
Genre 3. — Pemphix. — Deux espèces.	Genre 7. — Epinyctide. — Deux espèces.	Genre 11. — Charbon. — Trois espèces.
Genre 4. — Zoster. — Deux espèces.	Genre 8. — Olophlyctide. — Cinq espèces.	Genre 12. — Furoncle. — Quatre espèces.

DEUXIÈME GROUPE. — DERMATOSES EXANTHEMATEUSES.

Genre 1. — Variole. — Trois espèces.	Genre 4. — Varicelle. — Deux espèces.	Genre 7. — Rougeole. — Deux espèces.
Genre 2. — Vaccine. — Deux espèces.	Genre 5. — Nirle. — Deux espèces.	Genre 8. — Scarlatine. — Deux espèces.
Genre 3. — Clavelie. — Trois espèces.	Genre 6. — Roseole. — Deux espèces.	Genre 9. — Miliaire. — Deux espèces.

(1) *De Morbis cutaneis libri duo...* Opera Pauli Picardii. Venise, 1572. Ce petit traité, fait d'après les leçons de Mercuriali, a été, en effet, rédigé par Picardi, l'un de ses élèves. Il est divisé en deux parties bien distinctes, traitant, l'une des affections de la tête, et l'autre de celles du reste du corps. La seconde partie commence par ces mots bien significatifs : « *Post vitia capitis, sequuntur vitia totius corporis.* »

(2) *Description des Maladies de la Peau*, 1805.

(3) *Traité des Dermatoses.* Paris, 1835.

TROISIÈME GROUPE. — DERMATOSES TEIGNEUSES.

Genre 1. ACHORE. — Deux esp. | Genre 2. PORRIGINE. — Quatre esp. | Genre 3. FAVUS. — Deux esp. | Genre 4. TRICHOMA. — Deux esp.

QUATRIÈME GROUPE. — DERM. DARTREUSES.

Genre 1. — HERPES. — Deux espèces.
Genre 2. — VARUS. — Six espèces.
Genre 3. — MELITAGRE. — Deux espèces.
Genre 4. — ESTHIOMÈNE. — Deux espèces.

CINQUIÈME GROUPE. — DERM. CANCÉREUSES.

GENRE 1. — CARCIE. — Six espèces.
Genre 2. — KÉLOÏDE. — Deux espèces.

SIXIÈME GROUPE. — DERM. LÉPREUSES.

Genre 1. — LEUCE. — Deux espèces.
Genre 2. — SPILOPLAXIE. — Trois espèces.
Genre 3. — ELEPHANTIASIS. — Trois espèces.
Genre 4. — RADESYGE. — Deux espèces.

SEPTIÈME GROUPE. — DERM. VÉROLEUSES.

Genre 1. — SYPHILIS. — Trois espèces.
Genre 2. — MYCOSIS. — Trois espèces.

HUITIÈME GROUPE. — DERM. STRUMEUSES.

Genre 1. — SCROFULE. — Deux espèces.
Genre 2. — FARCIN. — Deux espèces.

NEUVIÈME GROUPE. — DERM. SCABIEUSES.

Genre 1. — GALE. — Trois espèces.
Genre 2. — PRURIGO. — Quatre espèces.

DIXIÈME GROUPE. — DERM. HÉMATEUSES.

Genre 1. — PELIOSE. — Trois espèces.
Genre 2. — PÉTÉCHIE. — Deux espèces.

ONZIÈME GROUPE. — DERM. DYSCHROMATEUSES.

Genre 1. — PANNE. — Quatre espèces.
Genre 2. — ACHROME. — Deux espèces.

DOUZIÈME GROUPE. — DERMATOSES HÉTÉROMORPHES.

Genre 1. — ICTHYOSE. — Trois espèces.
Genre 2. — TYLOSIS. — Trois espèces.
Genre 3. — VERRUE. — Deux espèces.
Genre 4. — ONYGOSE. — Quatre espèces.
Genre 5. — DERMATOLYSIE. — Deux espèces.
Genre 6. — NOEVE. — Deux espèces.

C'est successivement avec ces deux classifications, mais surtout avec la première, que le professeur Alibert a fondé une école qu'il attachait par sa séduisante faconde, et qui conserve encore aujourd'hui le souvenir de sa parole éloquente.

Nous avons vu que Plenck avait essayé de classer les maladies seulement d'après leurs caractères extérieurs. Willan s'empara de cette idée, et lui donnant une application meilleure; il fonda une classification, dans laquelle il rejeta les produits secondaires qui pouvaient manquer, et qu'il basa exclusivement sur des lésions qui devaient toujours exister, les lésions élémentaires. Rejetant donc tous les produits accidentels de l'inflammation, il créa huit ordres, qui renfermaient toutes les affections cutanées (1)

CLASSIFICATION DE WILLAN.

ORDRE Ier. — *PAPULÆ*.

1. STROPHULUS.
2. LICHEN.
3. PRURIGO.

ORDRE II. — *SQUAMMÆ*.

1. LEPRA.
2. PSORIASIS.
3. PITYRIASIS.
4. ICTHYOSIS.

ORDRE III. — *EXANTHEMATA*.

1. RUBEOLA.
2. SCARLATINA.
3. URTICARIA.
4. ROSEOLA.
5. PURPURA.
6. ERYTHEMA.

ORDRE IV. — *BULLÆ*.

1. ERYSIPELAS.
2. PEMPHIGUS.
3. POMPHOLIX.

ORDRE V. — *PUSTULÆ*.

1. IMPETIGO.
2. PORRIGO.
3. ECTHYMA.
4. VARIOLA
5. SCABIES.

ORDRE VI. — *VESICULÆ*.

1. VARICELLA.
2. VACCINIA.
3. HERPES.
4. RUPIA.
5. MILIARIA.
6. ECZEMA.
7. APHTHA.

ORDRE VII. — *TUBERCULÆ*.

1. PHYMA.
2. VERRUCA.
3. MOLLUSCUM.
4. VITILIGO.
5. ACNE.
6. SYCOSIS.
7. LUPUS.
8. ELEPHANTIASIS.
9. FRAMBOESIA.

ORDRE VIII. — *MACULÆ*.

1. EPHELIS.
2. NOEVUS.
3. SPILUS.

Cette classification elle-même était loin d'être parfaite : elle présentait quelques erreurs que nous signalerons tout-à-l'heure en parlant de celle de Biett; mais on lui a fait surtout un reproche fondamental, qui n'a pas cependant la

(1) Willan (Rob.). *Description and treatment of cutaneous diseases.* Londres, 1798-1801. In-4°, fig.

valeur qu'on semblait disposé à lui accorder. Ainsi, on a objecté que la lésion élémentaire pouvait être difficile à trouver, masquée qu'elle serait par des produits nouveaux, ou que même elle pouvait réellement ne plus exister. D'abord, cette difficulté est loin d'être aussi générale, aussi constante qu'on l'a prétendu; et, comme j'aurai occasion de vous le dire souvent, il est presque toujours possible, avec un examen attentif, de retrouver cette lésion primitive dans les confins de l'éruption. D'un autre côté, Willan ne rejetait pas absolument les accidens secondaires; et s'il prenait pour base des caractères indispensables, un état qui ne pouvait manquer, il se servait des produits secondaires comme d'auxiliaires précieux pour le diagnostic, quand la lésion élémentaire manque, ou quand elle est plus ou moins masquée. Quoi qu'il en soit, la classification de Willan avait un mérite énorme : c'était de simplifier l'étude des maladies de la peau, en ramenant toutes les formes à des types invariables, indispensables, facilement accessibles au diagnostic, et surtout en évitant l'inextricable confusion qui résultait de l'appréciation et des dénominations diverses d'une même maladie, à des états différens. La doctrine de Willan fut soutenue en Angleterre par Bateman, son élève. En France, Biett, disciple d'Alibert, s'associa d'abord à ses laborieux travaux; mais l'élève devait devenir le rival du maître. Bientôt, en effet, séduit par la précision et la simplicité de la doctrine du médecin anglais, Biett se sépara peu-à-peu d'Alibert, et créa enfin, dans le même hôpital, un enseignement nouveau. Mieux éclairé par l'observation, Biett corrigea les erreurs de la classification de Willan. Ainsi il ôta le *Purpura* des exanthèmes; l'*Érysipèle* ne fit plus partie de l'ordre bulleux; la *Gale* fut reportée aux vésicules; enfin l'*Acne* et le *Sycosis* reprirent leur véritable caractère, le caractère pustuleux. Biett avait compris aussi que certaines affections ne pouvaient se rattacher aux huit ordres admis par Willan : ainsi le *Lupus*, par exemple, qui n'est pas toujours une maladie tuberculeuse; l'*Éléphantiasis des Arabes*, constitué par une lésion *sui generis*. Après avoir ainsi modifié le cadre du médecin anglais, Biett opposa à l'enseignement d'Alibert des leçons cliniques basées sur une classification plus méthodique, qui depuis fut généralement adoptée (1).

CLASSIFICATION DE BIETT.

ORDRE Ier. — *EXANTHÈMES*.

1. Erythème.
2. Érysipèle.
3. Roséole.
4. Rougeole.
5. Scarlatine.
6. Urticaire.

ORDRE II. — *VÉSICULES*.

1. Miliaire.
2. Varicelle.
3. Eczema.
4. Herpès.
5. Gale.

ORDRE III. — *BULLES*.

1. Pemphigus.
2. Rupia.

ORDRE IV. — *PUSTULES*.

1. Variole.
2. Vaccine.
3. Ecthyma.
4. Impetigo.
5. Acne.
6. Mentagre.
7. Porrigo.

ORDRE V. — *PAPULES*.

1. Lichen.
2. Prurigo.

ORDRE VI. — *SQUAMMES*.

1. Lèpre.
2. Psoriasis.
3. Pityriasis.
4. Ycthyose.

ORDRE VII. — *TUBERCULES*.

1. Elephantiasis des Grecs.
2. Molluscum.
3. Framboesia.

ORDRE VIII. — *MACULES*.

Colorations.
Teinte bronzée. — Éphélides. — Nævi.
Décolorations.
Vitiligo. — Albinisme.

MALADIES QUI PAR LEUR NATURE NE PEUVENT SE RAPPORTER A AUCUN DES ORDRES CI-DESSUS.

ORDRE IX. . . . . . . Lupus.
» X . . . . Pellagre.
» XI. . . . . . Bouton d'Alep.
» XII . . . . . . Syphilides.
» XIII . . . . . Purpura.
» XIV. . . . . . Elephantiasis des Arabes.
» XV . . . . . . Kéloïde.

Dès ce moment, il y eut à l'hôpital Saint-Louis un double enseignement autour duquel se groupèrent tous ceux qu'attirait l'intérêt subit qui venait de s'attacher à la pathologie cutanée : d'un côté, Alibert, entraînant par l'éclat de sa parole, séduisant par le pittoresque de ses descriptions; de l'autre, Biett, attachant par la netteté et la précision de ses doctrines, insinuant dans ses leçons modestes les convictions qu'il avait puisées dans ses observations consciencieuses. Là, le professeur, attirant la foule par son éloquence, et la dominant par l'autorité de son nom, par l'omnipotence de sa suprématie long-temps incontestée. Ici le clinicien, déroulant dans l'intimité de ses conférences les trésors amassés par une pratique studieuse et intelligente, habituant ses élèves à la sévérité d'un langage positif et invariable, les armant peu-à-peu de toutes les ressources d'un diagnostic précis, les initiant enfin aux mystères de cette pathologie jusque-là

(1) Cazenave et Schedel. *Abrégé pratique des maladies de la peau.* Paris, 1828, in-8°. — 1833-1839, fig.

impénétrable, et surtout aux ressources d'une thérapeutique qu'il avait enrichie d'expérimentations aussi hardies que savamment combinées. La lutte était déclarée entre les deux écoles : elle fut longue et difficile, souvent amère et passionnée; mais aujourd'hui nous n'avons plus qu'à en peser les résultats, résultats précieux, dus à ces deux hommes qui, suivant des routes différentes, ont cependant concouru au même but, ont substitué l'ordre au chaos, la lumière à l'obscurité. C'est à eux que l'on doit l'introduction, en France, de l'enseignement théorique et pratique des maladies de la peau; ils personnifient à eux deux cette ère de spécialité pendant laquelle la pathologie cutanée fut une science à part, ayant son idiome, sa nosologie. L'hôpital Saint-Louis fut la source intarissable où venaient puiser tous ceux que tentait la science nouvelle, créée et professée par les deux maîtres. Moi-même j'ai assisté, j'ai pris part à ces luttes; et, disciple de Biett, que je m'honore d'avoir eu pour maître et pour ami, j'ai depuis bien des années contribué le plus que j'ai pu à répandre ses doctrines, qui sont aujourd'hui généralement acceptées.

Si maintenant, nous arrêtant au point où nous sommes parvenus, nous examinons l'ensemble des connaissances acquises, si nous mesurons l'étendue et la portée des conquêtes obtenues, nous trouvons que là où régnaient le chaos et la confusion, brillent l'ordre et la méthode; que la pathologie cutanée, abandonnée jusque-là à l'empirisme et à la routine, est devenu l'objet d'un intérêt studieux; que la persévérance dans les travaux et le sérieux des études ont amené la réhabilitation d'une science regardée auparavant comme indigne de l'attention des médecins; que les élémens du diagnostic sont devenus vulgaires; que l'appréciation graphique des formes ne laisse plus rien à désirer. L'œuvre entreprise par nos devanciers est aujourd'hui complète : mais n'y a-t-il rien à faire au-delà?... Je suis arrivé ici au point le plus délicat de cette rapide esquisse, car je touche à une question toute d'avenir, bien qu'elle résume pour moi vingt années d'observations et de travaux. Dans ma conviction, les résultats acquis devraient rester éternellement stériles, s'il n'était pas permis d'espérer pour eux l'application qui leur manque aujourd'hui. Je vais essayer de développer devant vous cette pensée, que plusieurs fois déjà j'ai eu l'occasion de formuler dans mes cours.

La précision dans les termes, la certitude dans le diagnostic, tels sont, en résumé, les résultats obtenus et professés jusqu'à présent! Ces résultats étaient, il faut bien le reconnaître, indispensables : sans eux il n'y avait pas de progrès possible. Aujourd'hui nous possédons d'une manière pour ainsi dire mathématique les élémens constitutifs de telle ou telle éruption; nous savons à quels signes certains reconnaître un *Eczema* ou un *Lichen*... Mais nous ne savons pas ce que c'est que cet eczema, ce que c'est que ce lichen!... Pour étudier les maladies de la peau, on les a isolées de la pathologie générale : on les a spécialisées, cela était nécessaire, indispensable, malgré l'inconvénient inévitable qui devait en résulter, c'est-à-dire l'habitude de les regarder comme des maladies à part, sans rien qui les rattachât aux autres affections. Aujourd'hui, au contraire, que nous les connaissons individuellement, il faut généraliser leur étude; il faut les reporter au milieu des nombreuses maladies qui composent la pathologie tout entière; il faut rechercher s'il n'existe pas entre elles et les autres troubles de l'économie des points de comparaison, et par suite des rapports, dont l'appréciation aurait une importance extrême? Pour mieux préciser ma pensée, il ne suffit plus de savoir reconnaître le caractère ou pustuleux, ou papuleux, ou vésiculeux, de telle ou telle forme éruptive : il faut aller plus loin..... il faut essayer de dévoiler la nature intime des éruptions elles-mêmes, et par suite arriver à la connaissance des lois générales qui doivent nécessairement présider au développement et à la marche de ces intéressantes maladies; il faut soumettre enfin les maladies de la peau, trop long-temps spécialisées, aux règles générales de la pathologie. Qu'on ne considère pas ces tendances comme une simple vue de l'esprit, ou comme une matière à des travaux et à des études inutiles : il y a quelques années que j'ai émis théoriquement cette opinion, et déjà l'expérience l'a sanctionnée en partie; et ce qui doit être hors de doute pour tous, c'est que c'est la seule manière d'arriver à une thérapeutique vraiment rationnelle.

Sans doute de nombreuses difficultés, sans doute de grands obstacles nous attendent : mais nous sommes mieux placés que jamais pour les vaincre? Héritiers de l'expérience de nos devanciers, exempts des préoccupations que pourrait causer l'étude de la forme et du diagnostic, nous trouvons encore des conditions nouvelles et puissantes de succès dans des travaux récens et remarquables sur l'anatomie de la peau elle-même. En effet, les idées que l'on avait autrefois sur la structure de la peau ont singulièrement contribué à entretenir sur les maladies auxquelles elle est sujette des opinions qui entretenaient l'erreur, et s'opposaient à toute espèce de progrès : on la regardait comme une enveloppe, comme une membrane à couches, à feuillets superposés, comme un organe unique, et naturellement on considérait les maladies qui l'affectaient comme les expressions diverses d'un type unique, type protéiforme, exprimé assez bien par la dénomination absolue de *Dartre,* qui servait logiquement alors à désigner toutes les affections cutanées. On sait qu'il faut, en effet, arriver jusqu'à Malpighi (1665), pour trouver des notions tant soit peu exactes sur la nature même de la peau. Ce célèbre micrographe analysa les parties connues jusqu'à lui sous le nom d'épiderme, et découvrit la cuticule, le corps réticulaire, auquel il a laissé son nom. Après lui, les progrès de cette partie de la science furent lents et à peine appréciables, même jusqu'à une époque très rapprochée de nous, puisque l'anatomie de Gauthier (1) fut acceptée généralement, et suivie religieusement presque jusqu'ici. Gauthier, vous le savez, divisait

(1) Gauthier (Gab.-Ant.). *Recherches sur l'organe cutané, ayant rapport à la structure des tégumens*, etc. Thèse. Paris, 1811, in-4°.

la peau en trois parties distinctes, comme superposées : le *derme ;* le *corps muqueux*, composé, 1° des bourgeons sanguins, 2° d'une couche albide profonde, 3° des gemmules, 4° d'une couche albide superficielle ; l'*épiderme :* — parties auxquelles il fallait ajouter les follicules. Cette anatomie fut la seule qui eut long-temps cours, je le répète, sans contrôle, malgré les travaux de Cruikshank, d'Eichorn, de Blainville, de Dutrochet, de Weber, de Krauss, de Flourens, etc. Mais, dans ces derniers temps, MM. Breschet et Roussel de Vauzème publièrent (1) des résultats tout nouveaux, résultats qui, après avoir été contestés d'abord, ne le sont plus aujourd'hui pour la plupart, résultats qui sont en harmonie parfaite d'ailleurs avec les observations physiologico-pathologiques. Ces travaux, destinés à jeter une vive lumière sur la pathologie cutanée, m'ont permis déjà d'établir des affinités morbides que l'observation avait pour ainsi dire pressenties. La peau doit être, en effet, considérée comme un organe complexe, renfermant des organes divers, des appareils de sécrétion qui jouent un rôle important, dont l'étude sérieuse peut donner la clef de phénomènes jusqu'à présent incompris. Elle se compose : 1° du *derme*, espèce de lacis fibro-celluleux, de canevas dans lequel fonctionne la série d'organes qui constituent la peau ; 2° des *papilles*, organes du tact : ce sont ces saillies coniques et symétriques qui, formées par de petits filets nerveux, parsèment la face externe du derme, en dessinant sur la peau des lignes parallèles, plus ou moins régulièrement contournées, que l'on remarque surtout à la main, aux doigts et aux pieds ; 3° d'*un appareil sudoripare,* constitué par de petites glandes et des conduits flexueux et spiroïdes qui aboutissent à la peau entre les papilles, et chargé de sécréter la sueur : l'existence de ces canaux, pressentie par Eichorn, a été souvent mise en question ; mais, après de nombreuses contestations, elle semble irrévocablement établie, et pour le dire dès à présent, elle semble révélée évidemment par certains faits d'observation pathologique : ainsi, comme nous le verrons en parlant de l'Eczéma, on peut, dans certaines formes vésiculeuses et sur des surfaces excoriées, apprécier, soit à la loupe, soit même à l'œil nu, de petits pertuis béants qui ne paraissent être autre chose que les orifices de ces canaux, d'où l'on peut voir sourdre des gouttelettes d'un liquide tout-à-fait transparent ; 4° d'*un appareil d'exhalation*, formé par des vaisseaux lymphatiques ; 5° d'*un appareil blennogène*, constitué par de petites glandes qui, situées à la face profonde du derme, sécrètent une matière muqueuse, que de petits canaux presque droits et traversant le derme, répandent sur sa face superficielle : c'est le corps muqueux de Malpighi. Cette matière, molle, blanchâtre, recouvre les papilles, se concrète en petites lamelles, pour constituer l'épiderme, espèce de vernis sec et défensif, étendu sur toute la surface de la peau ; 6° d'*un appareil chromatogène,* organe de sécrétion de la matière colorante. Il est formé aussi de petites glandes et de petits canaux qui, situés au-dessous des papilles, sécrètent et répandent dans la couche muqueuse molle et diffluente, de petits globules colorés qui constituent le pigment. Il est permis de croire, d'après certains phénomènes morbides, qu'il existe une déplétion ou une résorption continuelle de ces globules.

En rapprochant ces résultats remarquables, obtenus par l'anatomie, de ceux qui sont empruntés à l'observation pathologique, on peut dès à présent décomposer, pour ainsi dire, les maladies de la peau, les étudier, non plus seulement dans leur forme, mais bien dans leurs caractères intimes, dans leur nature ; il est permis d'arriver à la délimitation du siége de chaque éruption. Sans doute, la connaissance seule du siége anatomique d'une maladie de la peau ne saurait suffire toujours pour dévoiler la nature intime de cette maladie ; aussi, comme vous le verrez, j'ai cherché à les classer encore d'après d'autres considérations ; je les ai rapprochées d'après d'autres affinités ; mais, ce qui est toutefois hors de doute, et ce que je ne saurais proclamer trop haut, c'est que la connaissance précise du siége anatomique, aidée de l'observation pathologique et de la comparaison des phénomènes morbides, est le meilleur moyen de reconnaître la nature d'une affection cutanée, et par conséquent de trouver le véritable traitement qui lui convienne. Ainsi, quand, à l'aide de ce procédé, on reconnaîtra que telle éruption siége à l'extrémité des canaux sudorifères, telle autre dans l'appareil lymphatique de la peau, celle-ci dans les organes de sécrétion de la matière blennogène, celle-là dans l'appareil nerveux, là où l'on ne voyait jusqu'ici qu'une dartre, non-seulement on verra un eczéma, un impétigo, un psoriasis, un lichen ; mais encore cet *eczéma* représentera une lésion de sécrétion, qui, à ce titre, a les relations les plus intimes avec les troubles intérieurs ; cet *impétigo* traduira une affection lymphatique, le *lichen*, une maladie nerveuse, etc., et bientôt l'étude de ces lésions, comparées à des lésions analogues dans d'autres organes, conduira successivement à une appréciation vraie de la nature de maladies jusqu'alors complétement inconnues.

Ainsi donc, persister à ne voir dans les affections de la peau que des formes graphiques dont on saisirait plus ou moins ingénieusement les élémens primitifs ou les caractères secondaires, ce serait se condamner à des efforts désormais stériles, ce serait méconnaître le vrai progrès, et se soumettre indéfiniment au joug de la routine.

En résumé, les maladies cutanées, perdues d'abord dans le chaos de la pathologie générale, furent pendant des siècles, ou complétement méconnues, ou pressenties d'une manière confuse et inintelligible. Pour les étudier, pour les connaître, il a fallu les prendre à part, les spécialiser. Le but a été atteint. Cette ère d'isolement doit être fermée aujourd'hui : il faut, par le même procédé, mais dans un sens inverse, les reprendre une à une, pour les faire rentrer sous les lois générales de la pathologie. Il s'agit bien moins que jamais, maintenant, d'inventer un sirop, ou de com-

(1) Breschet et Roussel de Vauzème. *Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils tégumentaires des animaux.* Annales d'Histoire nat., 1834. — *Nouvelles recherches anatomiques sur la structure de la peau.* Paris, 1835. In-8°, fig.

biner une pommade, il faut étudier la peau dans ses sympathies avec le reste de l'organisme, dans ses fonctions propres, fonctions importantes, jusqu'à présent méconnues, dans ses rapports avec les influences venues du dedans ou du dehors : c'est la seule voie rationnelle pour nous affranchir des prescriptions aveugles de l'empirisme, et pour arriver enfin à une thérapeutique raisonnée. C'est celle que j'ai suivie depuis plusieurs années dans ce cours.

Mais en nous plaçant à ce point de vue, faudra-t-il renoncer tout-à-fait à la méthode de Willan? Évidemment non. Plus que jamais, au contraire, j'attache de l'importance à la connaissance exacte de la forme, puisqu'elle nous mène directement à la connaissance du siége. Je conserverai donc religieusement une méthode qui nous a déjà tant servi ; mais je la conserverai comme moyen d'étude, comme procédé de diagnostic : elle sera toujours notre guide, notre guide indispensable, pour arriver à reconnaître une éruption; mais une fois celle-ci reconnue, nous chercherons à aller plus loin, pénétrés désormais de cette vérité, qu'après avoir fait d'ailleurs une large part à la valeur de la forme, le temps est venu aujourd'hui de rapprocher les maladies cutanées par des moyens d'affinité plus généraux. J'ai apporté à cette œuvre tout ce que l'expérience et l'observation m'ont enseigné depuis plusieurs années, et voici le plan que j'ai déjà suivi depuis quatre ans, et que nous suivrons encore.

Je suis loin de regarder cet essai comme une classification définitive ; je crois, au contraire, que l'expérience et le temps lui apporteront des modifications et des perfectionnemens, et je le donne ici comme un point de départ d'où nous devons nous diriger vers le but offert aux investigations de l'avenir.

PLAN DU COURS.

PREMIER GROUPE. — *INFLAMMATIONS.*

1er genre.	2e genre.	3e genre.	4e genre.
Éruptions non spécifiques pouvant exister à l'état aigu ou chronique.	Éruptions non spécifiques existant toujours à l'état chronique.	Éruptions spécifiques aiguës.	Éruptions spécifiques chroniques.
Érythème. — Érysipèle. Urticaire. — Strophulus. — Herpes. Eczéma. — Pemphigus. Impétigo. — Ecthyma. — Sycosis.	Rupia. — Lepra. — Psoriasis. Pytiriasis. — Pellagre.	Roséole. — Rougeole. Scarlatine. — Variole. — Vaccine. Varicelle. — Miliaire.	Syphilides.

DEUXIÈME GROUPE. — *LÉSIONS DE SÉCRÉTION.*

1er genre.	2e genre.	3e genre.
Lésions de la sécrétion folliculeuse.	Lésions de la sécrétion de la matière épidermique.	Lésions de la sécrétion de la matière colorante.
Acné. Porrigo favosa.	Ichthyose. Productions cornées.	*Décolorations.* Albinisme. — Vitiligo. *Colorations.* Teinte bronzée. Éphélides. — Nævi pigmentaires.

TROISIÈME GROUPE. — *HYPERTROPHIES.*

Développement anormal des parties affectées.

Éléphantiasis des Arabes. — Molluscum. — Frambœsia. — Verrues.
Nævi vasculaires.

CINQUIÈME GROUPE.

MALADIES HÉMORRHAGIQUES.

Maladies caractérisées par la présence du sang plus ou moins altéré hors des vaisseaux qui doivent le contenir.

Hémorrhagies de la peau proprement dites.
Purpura. — Mélanose.

SEPTIÈME GROUPE. — *CORPS ÉTRANGERS.*

Acarus (Gale). — Pédiculus. — Pulex.

QUATRIÈME GROUPE. — *DÉGÉNÉRESCENCES.*

Tendance à détruire les parties affectées.

Éléphantiasis des Grecs. — Bouton d'Alep. — Kéloïde.
Lupus. — Cancer.

SIXIÈME GROUPE.

LÉSIONS DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU.

Hypersthésie générale ou locale.
Lichen. — Prurigo.
Anesthésie.

HUITIÈME GROUPE. — *MALADIES DES ANNEXES.*

Maladies des poils. Alopécie. — Canitie. — Plique.
Maladies des ongles. Onyxis.

Comme vous le voyez, j'ai admis huit groupes distincts, dont je donnerai l'explication à mesure que nous aurons à les étudier ; mais je dois dès à présent présenter quelques considérations à propos de quelques-uns d'entre eux.

Le premier renferme les Inflammations en général. Ce qui devait frapper d'abord, c'était la nécessité de les séparer en deux classes bien distinctes, selon qu'elles sont simples ou spécifiques; puis j'ai dû les considérer à deux états particuliers, à l'état aigu et à l'état chronique. J'ai été conduit ainsi à admettre les quatre genres différens que je viens de mettre sous vos yeux.

L'exposition du second groupe présentait quelques difficultés : je ne parle pas de celles que soulève l'histoire du Favus, j'y reviendrai à propos de cette maladie; mais on devait se demander si la place du *Psoriasis* et de la *Lèpre* n'était pas dans le deuxième genre du deuxième groupe : en effet, le caractère dominant de ces formes est la lésion de la sécrétion épidermique; cependant, et ceci est important, les squames, les produits de l'altération épidermique, ne sont ici qu'un résultat purement secondaire, le résultat de l'inflammation.

Je dirai encore, pour les lésions de sensibilité (VIe Groupe), que j'ai dû reporter à cet ordre le Lichen et le Prurigo que j'avais d'abord rangés parmi les Inflammations; j'ai été amené à ce classement nouveau par des considérations que vous pouvez parfaitement apprécier dès à présent, et que j'expliquerai plus tard.

Avant d'en finir avec le plan que nous devons suivre, je ne saurais trop insister sur ce point, que moins que jamais il ne faut faire bon marché de la forme : qu'ici, comme pour toutes les maladies d'ailleurs, et plus peut-être que pour les autres maladies, il faut avant tout une grande sévérité de diagnostic, et surtout de diagnostic de la forme, de la couleur, du siége, enfin de tous les caractères extérieurs de l'éruption. Ne craignons pas d'être accusés de rester dans le *pittoresque*, comme on l'a répété tant de fois; ceux qui ont rejeté bien loin, comme indignes d'eux, ces études purement graphiques, nous ont enseigné par leur exemple, qu'il y avait plus de dangers encore à sortir de la voie de l'observation pour entrer dans le champ de l'imagination et de l'hypothèse. Ainsi, M. Baumès de Lyon a cru devoir s'affranchir de ces règles que Willan et Biett avaient imposées à l'étude des maladies de la peau, et il a publié une dermatologie (1) dans laquelle il explique le fait même des maladies cutanées par un déplacement de forces vitales, une action morbide mystérieuse, par un *inconnu* qu'il appelle fluxion. Cette fluxion varie seule, et, suivant l'occasion, elle est ou externe, ou réfléchie, ou déplacée, ou excentrique, ou diathésique, ou idiopathique, ou enfin complexe. Cette combinaison suffit à toutes les exigences de la nouvelle classification : une fois le point de départ admis, les maladies perdent leur individualité, et se confondent toutes, à quelques exceptions près, que l'auteur a décrites, et qui sont constituées par des maladies pour lesquelles il n'y avait pas de place dans le système fluxionnaire de M. Baumès.

On comprend qu'avec un pareil système, l'auteur a dû très logiquement se préoccuper fort peu de la forme, ce qui d'ailleurs est un peu plus facile et plus commode; mais ce que l'on ne comprend pas, c'est qu'il ait fait tant de chapitres distincts, pour répéter à chacun d'eux toujours exactement la même chose à propos des fluxions, réfléchie, déplacée, etc. Il aurait pu réellement n'en faire qu'un grand, dans lequel il aurait englobé toutes les maladies de la peau, ce qui l'aurait empêché d'être inconséquent avec lui-même; car cet auteur, qui a raillé si impitoyablement les sectaires aveugles de Willan, pour se trop préoccuper de minuties de forme dans leurs descriptions, devient lui-même bien plus minutieux quand, dans son ardeur contre les dénominations barbares, il propose les siennes pour les remplacer; quand, par exemple, pour désigner la dartre crustacée flavescente d'Alibert, ou l'impétigo de Willan, il veut que l'on dise : *Éruption érythémo-puro-vésiculo-crustacée-agglomérée*..... Il serait facile de vous montrer ici que ce serait précisément le moyen d'anéantir ce que nous devons à ceux qui nous ont précédés, et de nous reporter à la fin de la première période de l'histoire des maladies de la peau!.... Mais, il faut bien le dire, la nouvelle dermatologie n'a pas de portée sérieuse, et nous devons la laisser avec son *inconnu*.

Or, pour en revenir au plan que je propose, je ne saurais trop répéter que les études nouvelles qu'il soulève, exigent un travail préliminaire indispensable, c'est-à-dire l'examen approfondi et la connaissance graphique des maladies, sans lesquels il n'y a pas de progrès possibles dans cette voie.

Les maladies de la peau, à part quelques exceptions, se rapportent toutes à un certain nombre de lésions élémentaires, confondues long-temps sous les dénominations vagues de Pustules, de Boutons, et qui, depuis Willan, exprimées avec netteté et précision, sont devenues un moyen essentiel de diagnostic, la base d'une méthode rigoureuse de classement : ce sont les exanthèmes, les vésicules, les bulles, les pustules, les papules, les tubercules, les squames, les macules. Chacune de ces lésions peut être suivie de produits secondaires qui, pour être moins tranchés, moins spéciaux, ont cependant aussi des caractères qui correspondent assez exactement à la lésion primitive à laquelle ils ont succédé. En outre, ces lésions élémentaires traduisent nécessairement le siége anatomique de l'éruption, et ce rapport obligé, qui aujourd'hui a été constaté pour la plupart, a une importance et une valeur sur lesquelles je ne saurais trop appeler votre attention.

Les *Exanthèmes* sont constitués par des taches plus ou moins rouges, de forme et d'étendue variables, mais ayant toujours pour caractère essentiel de disparaître momentanément sous la pression du doigt. Ils sont suivis d'une des-

(1) *Nouvelle Dermatologie, ou Précis théorique et pratique des maladies de la peau, fondé sur une nouvelle classification*, etc. Paris et Lyon, 1842.

quamation plus ou moins abondante, qui se présente sous plusieurs formes, mais principalement sous la forme de farine ou de lamelles. Les exanthèmes ont leur siége dans le réseau vasculaire de la peau; mais il peut arriver que, consécutivement, telle ou telle autre partie constituante de la peau soit affectée comme accidentellement; de là des symptômes qui ne sont aussi qu'accidentels au point de vue de l'exanthème, tels que des bulles, des pustules, etc. Les maladies exanthématiques sont le plus souvent fébriles.

Les *Vésicules* sont de petits soulèvemens de l'épiderme, formés par la collection d'un liquide séreux et transparent. Elles présentent un grand nombre de variétés suivant leur forme, leur confluence, leur siége, leur disposition, etc. Très petites et agglomérées sur des surfaces étendues et irrégulières dans l'eczéma, elles sont rassemblées en groupes plus ou moins distinctement circonscrits dans l'herpes; confluentes, globuleuses, brillantes dans la miliaire, elles sont distinctes, transparentes au sommet, dans la gale. Les lésions secondaires constituent pour les affections vésiculeuses des symptômes d'une grande importance. Ainsi, les vésicules peuvent rester intactes, le liquide peut être résorbé, et l'éruption se termine par une desquamation à forme particulière; ou bien le liquide se convertit en petites squames minces, plus ou moins molles, plus ou moins jaunes, plus ou moins épaisses, suivant qu'elles succèdent aux vésicules seulement, ou qu'elles recouvrent des surfaces suintantes, etc. Les vésicules paraissent avoir pour siége les conduits sudorifères, et l'éruption diffère suivant que l'inflammation affecte l'extrémité seulement, ou une plus ou moins grande partie de ces conduits.

Les *Bulles*, caractérisées comme les vésicules par la collection d'un liquide séreux ou séro-purulent, en diffèrent par leur volume beaucoup plus considérable, qui varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une grosse noix. Les bulles sont en général isolées; elles peuvent laisser après elles des ulcérations peu profondes, et, dans ce cas, elles sont suivies quelquefois de croûtes très épaisses. Le plus ordinairement elles laissent à découvert des excoriations superficielles; quelquefois enfin, et ce sont les cas les plus rares, les bulles sont confluentes et finissent par produire une espèce d'enveloppe générale, comme foliacée, tout-à-fait remarquable.

Le siége des bulles paraît être le même que celui des vésicules; mais un grand nombre de conduits sudorifères seraient atteints en même temps sur un point donné, et surtout dans les quelques cas où la maladie bulleuse a un caractère de généralité tout-à-fait spécial.

Les *Pustules* sont de petites tumeurs ou des soulèvemens de l'épiderme formés par la présence d'un liquide purulent dès le début, et qui, en se concrétant, forme des croûtes, qui constituent elles-mêmes un des caractères secondaires les plus remarquables. Les pustules et les croûtes qui leur succèdent offrent d'ailleurs des différences tranchées qui rendent le diagnostic des affections pustuleuses en général assez facile.

On peut d'abord les séparer en deux catégories principales : les unes plus larges, ordinairement isolées, distinctes, qu'on a appelées *Phlysaciées;* les autres plus petites, presque toujours agglomérées, confluentes, que l'on a dites *Psydraciées.* A ces deux espèces il faut ajouter les *Favi*, pustules spéciales du porrigo, et les *Achores,* forme mixte, espèce de vésicules pustuleuses, qui toutes deux appartiennent à des éruptions presque spéciales au visage et au cuir chevelu, et jouent un grand rôle dans l'histoire des *Teignes.*

Les lésions secondaires offrent aussi des différences bien marquées : les croûtes faveuses sont d'un jaune particulier; elles offrent une dépression centrale en godet, etc. : celles de l'impétigo plus épaisses, rugueuses, sont d'un jaune brunâtre, quelquefois comme ambrées; elles sont verdâtres dans l'ecthyma; peu épaisses enfin dans le mentagre et l'acné, elles surmontent de véritables indurations tuberculeuses.

Les éruptions pustuleuses ont un siége très varié : elles affectent tantôt les vaisseaux lymphatiques de la peau, tantôt les follicules sébacés, quelquefois les conduits pilifères, et dans ces cas, par leurs caractères différens, elles sont en rapport avec les maladies diverses qu'elles traduisent.

Les *Papules* sont constituées par de petites élévations dures, tantôt rouges, tantôt conservant la couleur de la peau, saillantes, ne contenant jamais ni sérosité, ni pus, accompagnées généralement d'un prurit plus ou moins intense, quelquefois intolérable. Elles sont remplacées soit par une desquamation légère, soit par de véritables squames, jaunâtres, assez épaisses, qui trahissent une ulcération préalable : souvent elles sont surmontées accidentellement d'une petite croûte noire, résultat d'une gouttelette de sang qui s'est desséché.

Le siége des papules est évident. Elles ne sont autre chose que l'augmentation avec ou sans inflammation des papilles. On retrouve en effet dans les affections papuleuses, des altérations, des lésions qui se rapportent exactement à la composition anatomique des papilles, du prurit, de la desquamation, des produits inflammatoires, une modification de la matière colorante, etc.

Les *Squames* se présentent sous la forme de lamelles, dures, friables, plus ou moins adhérentes, d'un blanc chatoyant, reposant sur des surfaces légèrement rouges, mais toujours sèches, quelquefois un peu tuméfiées. Bien différentes des produits squameux que l'on retrouve dans les affections vésiculeuses, dont la mollesse, la couleur jaunâtre trahit toujours l'origine, c'est-à-dire le résultat de la concrétion à l'air d'un liquide plus ou moins épais, les squames proprement dites sont le produit d'une sécrétion morbide de l'épiderme. Elles varient d'ailleurs dans leur forme, dans leur disposition, leur adhérence, la facilité avec laquelle elles se reproduisent, suivant les différentes espèces auxquelles elles appartiennent.

Le siége des affections squameuses est évidemment dans l'appareil chargé de la sécrétion de la matière blennogène.

Les *Tubercules* consistent dans de petites tumeurs, plus volumineuses que toutes les autres lésions élémentaires, solides, persistantes, et qu'il faut bien distinguer des indurations qui succèdent à certaines pustules, en ce sens qu'elles ont tout d'abord le caractère tuberculeux, et que ce ne sera qu'accidentellement qu'elles deviendront purulentes. Le plus souvent elles s'enflamment, et présentent dès-lors des surfaces ulcérées plus ou moins profondément, et des croûtes plus ou moins épaisses, dont l'aspect différent est en rapport avec les maladies diverses qu'elles traduisent.

Enfin les *Macules* consistent dans des taches ne disparaissant pas, même momentanément, sous la pression du doigt, dans lesquelles la peau ne présente d'autre altération qu'une modification en plus ou en moins dans sa coloration, mais sans produits vésiculeux, papuleux ou autres. Les macules trahissent une lésion de l'appareil chargé de la sécrétion de la matière colorante.

Telles sont les lésions élémentaires, auxquelles se rapportent la plupart des maladies de la peau, lésions dont la connaissance est indispensable pour arriver au diagnostic, qui, dans beaucoup de cas d'ailleurs, peut être puissamment aidé par l'étude des produits secondaires. C'est ici qu'est applicable dans toute sa précision la méthode de Willan, c'est ici qu'elle a surtout sa valeur, valeur absolue; car, je le répète, c'est la seule qui puisse conduire à l'appréciation complète des maladies de la peau. En effet, une éruption étant donnée, pour arriver à la connaître, il faut avant tout l'étudier, dans sa forme, dans son siége, arriver enfin à formuler sa *qualité*, si je puis dire ainsi, à l'appeler par son nom. Pour cela, il faut procéder par élimination, en cherchant d'abord quelle est la lésion élémentaire. On comparera par une opération de l'esprit, que l'habitude rend extrêmement prompte, tous les caractères de forme que je viens de décrire, avec la maladie que l'on aura sous les yeux, et l'on arrivera rapidement à reconnaître et à préciser cette lésion élémentaire qu'il est si important de bien constater. Si, par exemple, on a à apprécier un soulèvement de l'épiderme, constitué par une collection de liquide séreux et transparent, on écartera par élimination les exanthèmes, les papules, les pustules, etc., et arrivant ainsi à reconnaître le caractère vésiculeux, l'on n'aura plus qu'à comparer la maladie présente avec les diverses variétés d'éruptions vésiculeuses. En suivant le même procédé, l'étude des produits secondaires servira à faire distinguer les variétés elles-mêmes et nous conduira tout naturellement à séparer l'eczéma de l'herpes, de la gale, etc., ainsi de même pour toutes les formes. C'est, je le répète, l'opération préliminaire indispensable dans l'étude des maladies de la peau, car sans elle il n'y a pas de diagnostic possible. Et notons bien que ce diagnostic a ici une double portée : faire connaître les caractères graphiques de l'éruption, la dénomination qui lui convient, puis, en faire constater et la cause et la nature, point important puisque là est le secret d'une thérapeutique rationnelle.

Pour cette seconde partie, et après les développemens auxquels m'ont conduit l'explication du plan de ce cours, il me reste à vous présenter quelques considérations générales sur l'étiologie des maladies de la peau; nous aurons réuni ainsi tous les élémens possibles aujourd'hui de ce diagnostic qui touche quelquefois aux questions les plus graves et les plus délicates de la vie sociale.

Les maladies de la peau se présentent avec deux caractères distincts, qui établissent souvent entre elles une différence extrême, différence que l'on retrouve jusque dans les mêmes formes; selon qu'elles procèdent, ou de causes externes, ou de causes internes. Appréciée à diverses époques, cette distinction a servi de base à quelques classifications, et notamment à celle de Lorry.

L'esprit est frappé tout d'abord de la foule d'influences qui peuvent présider au développement des affections cutanées, au milieu desquelles il ne doit jamais perdre de vue cette prédisposition individuelle, principe insaisissable que l'on signale dans toutes les maladies, mais qui, ici plus que partout ailleurs, existe évidemment avec toute sa valeur.

En général, les causes des maladies de la peau peuvent être rapportées à trois catégories : accidentelles et directes, elles produisent des affections locales et passagères; symphatiques, elles déterminent des lésions, qui sont autant de symptômes de troubles intérieurs, plus ou moins profonds, plus ou moins intenses; enfin, comme spéciales, et traduisant un état organique constituant de la peau, elles font réagir sur le système dermoïde les influences morbifiques auxquelles sont soumis certains individus. En dehors de ces trois catégories, il faut placer encore les maladies de la peau à cause spécifique.

Les causes externes comprennent tout ce qui peut, en agissant directement et accidentellement sur la peau, provoquer une éruption, le plus souvent passagère, comme les causes qui l'ont produite. Ainsi, l'insolation, l'exposition à un foyer ardent, ou, au contraire, l'action trop vive du froid, peuvent déterminer des formes différentes, puisqu'on voit apparaître sous ces influences diverses, ou un érythème, ou un eczéma, ou un herpes. Ainsi, le contact répété des vêtemens de laine, le séjour entre le prépuce et le gland de la matière sébacée que sécrète ce dernier organe, ou bien encore le flux menstruel, les flueurs blanches, peuvent produire l'herpes præputialis. Ainsi encore, on verra sous l'influence de certaines professions qui exposent au maniement de substances âcres et pulvérulentes, se développer ou un lichen ou un eczéma. Ainsi enfin, l'usage de cosmétiques actifs, de certains topiques excitans, de lotions stimulantes, peut déterminer ou une affection vésiculeuse, ou une maladie pustuleuse. En un mot, tout ce qui irrite la peau

vivement et d'une manière immédiate peut provoquer une éruption qui, je le répète, disparaît ordinairement avec la cause qui l'a produite. Mais cependant, qu'il me soit permis, à cette occasion, de vous prémunir tout d'abord contre les inconvéniens d'une confiance trop absolue dans la bénignité ordinaire en pareil cas. D'une part, en effet, les causes externes agissent souvent comme causes occasionnelles chez des individus ayant actuellement une prédisposition à certaines formes éruptives sinon graves, au moins plus sérieuses; et de l'autre, une cause accidentelle étant donnée, il peut en résulter une maladie, qui, trouvant chez l'individu affecté des conditions favorables à son développement et à sa persistance, prend pour ainsi dire droit de domicile, et survivant à la cause qui l'a provoquée, peut durer indéfiniment à l'état chronique et rentrer alors dans la seconde classe des causes, classe bien autrement importante, et généralement trop peu appréciée.

Aujourd'hui, moins que jamais, personne ne révoque en doute les nombreuses sympathies qui existent entre la peau et les autres appareils fonctionnels de l'économie. Dès-lors on comprend qu'elle puisse être affectée consécutivement, soit à des troubles momentanés de l'organisme, soit à un état morbide permanent de la constitution.

Il est évident en effet que les affections cutanées se manifestent le plus souvent sous l'influence de causes internes que le praticien doit rechercher avec intérêt et persévérance. Si un malade se présente avec une éruption dont aucune circonstance accidentelle et extérieure ne semble expliquer l'apparition, il faut se demander alors si elle n'est pas ou produite, ou entretenue par un état morbide actuel, par une disposition particulière de l'économie. Interrogez avec soin les antécédens du sujet, faites l'inventaire exact et minutieux de sa constitution, consultez en un mot toute sa vie, et vous trouverez sans doute le secret de cette affection jusque-là inexplicable. Je pourrais accumuler ici les citations de toute espèce. Prenons au hasard : à l'aide de ce procédé d'investigation, vous verrez que telle forme impétigineuse est l'expression d'un tempérament lymphatique exagéré; que tel Eczéma opiniâtre est lié à des troubles fonctionnels des appareils de sécrétion, souvent des voies digestives; ici l'Acné sera liée évidemment à des accidens du côté de l'utérus; là le Prurigo se sera développé sous l'influence de causes qui ont altéré le système nerveux; ou bien une lésion organique du foie coïncidera avec le Pemphigus, etc.

Les affections cutanées peuvent donc se manifester sous l'influence immédiate de troubles généraux; mais elles peuvent aussi, comme je viens de le dire, être provoquées par une cause accidentelle, et trouvant une disposition ou naturelle ou acquise, présenter tous les caractères de persistance et de chronicité qui appartiennent à celles qui se développent sympathiquement sous l'influence de troubles plus ou moins profonds. Il est probable même que c'est ainsi que les choses se comportent dans la plupart des cas. La constitution peut être détériorée par la misère, par les privations, par l'âge, et cette désorganisation peut se traduire à la peau par certaines formes éruptives, par les bulles du Rupia, par les pustules de l'Ecthyma.

A cet ordre appartiennent encore les causes qui, agissant accidentellement sur la constitution, traduisent leur influence par des phénomènes de réaction à la peau. Ainsi, il est fréquent d'observer ces résultats après certaines émotions morales vives, les veilles prolongées, les travaux excessifs, et aussi l'ingestion de certains alimens : je ne parle pas ici des effets qui résultent d'une nourriture ou insuffisante ou mauvaise, ces conditions rentrant dans les causes qui peuvent débiliter l'économie; mais je signale seulement l'action spéciale des mets ou salés ou épicés, des viandes de charcuterie, etc. A presque toutes les époques, on a fait valoir le rôle que jouait l'usage du porc dans le développement de certaines éruptions : ce serait à cette influence qu'il faudrait attribuer les interdictions dont cette viande avait été frappée par Moïse chez les Juifs, et par Mahomet chez les Musulmans. Plus tard, et lors de la campagne d'Égypte, l'illustre Larrey n'hésita pas à attribuer à cette alimentation certaines affections cutanées dont auraient été atteints les Français. En Écosse, on accorde une influence non moins marquée à l'usage habituel du pain de farine d'avoine. On sait enfin que l'ingestion de viandes à moitié putréfiées, ou de celles d'animaux qui ont succombé à des maladies épizootiques, peut être suivie d'éruptions d'une nature grave et gangréneuse. Ainsi, dans les cas qui précèdent, on peut, jusqu'à un certain point, comprendre que l'usage répété de certains alimens imprime à l'économie une modification telle qu'il en résulte une réaction morbide à la peau; mais ce que l'on ne peut expliquer, que par cette prédisposition individuelle que je signalais tout-à-l'heure, c'est l'espèce de spontanéité fatale, et comme spéciale à certains individus, avec laquelle se développe une éruption, presque toujours une urticaire, sous l'influence de l'ingestion de certains alimens; ainsi, il y a des personnes qui ne peuvent pas, sans être exposées à l'inconvénient que je viens de signaler, manger ou des moules, ou des huîtres, ou du homard, ou des écrevisses, ou enfin toute espèce de coquillage. Chez d'autres, le même effet est produit par l'ingestion de substances d'une toute autre nature, du miel, par exemple, des amandes, des fraises, etc.

S'il est évident qu'un trouble interne peut déterminer le développement d'une affection cutanée, faut-il admettre d'un autre côté que la suppression de quelques évacuations habituelles, comme les hémorrhoïdes, les sueurs, les règles, etc., soit une cause fréquente des maladies de la peau? Les anciens accordaient une grande influence à cette circonstance de suppression, et on le comprend, puisqu'ils regardaient la peau comme un émonctoire commun où aboutissaient toutes les sympathies humorales de l'organisme. Il n'est pas possible de ne pas croire que ces cas de suppression puissent apporter dans les fonctions constitutionnelles des modifications assez importantes pour déterminer une éruption, mais il ne faut pas non plus accorder à ces phénomènes toute l'importance

que leur ont donnée certains médecins, portés qu'ils étaient à les considérer comme des faits de révulsion naturelle.

Vous comprenez à présent quelle valeur il faut ajouter à ces mots : âcreté du sang ou de la bile, lait répandu, etc.; dénominations vicieuses, qui, sous les types mal définis de répercussion et de métastase, cachaient de véritables troubles fonctionnels, ayant une grande part dans la production des maladies de la peau.

Le troisième ordre de causes comprend celles qui tiennent à la constitution de la peau elle-même, et qui semblent impliquer une prédisposition générale, inexplicable, presque toujours héréditaire. A cet ordre, appartiennent les affections squameuses, le Psoriasis, la Lèpre, l'Icthyose ; et s'il était possible de se servir aujourd'hui du mot *Dartre*, on devrait l'appliquer uniquement à ces maladies qui semblent, en effet, dépendre de ce principe inconnu auquel les auteurs donnaient le nom de *vice dartreux*, et qui est mieux défini par celui d'état constitutionnel. Cette disposition peut être acquise, c'est-à-dire résulter de circonstances qui ont modifié l'économie, de manière à la rendre susceptible des maladies que je viens de citer; mais, je le répète, le plus souvent elle est transmise par hérédité congénitale. Sous l'influence de cette prédisposition mise en jeu probablement par des causes occasionnelles, se développent certaines formes squameuses qui ont un caractère bien tranché, celui de n'apparaître jamais que sous l'empire des conditions que je signale ici. En effet, il n'y a pas de friction, si irritante qu'on la suppose; pas de contact, si actif et si continu qu'il soit, qui puisse faire développer un psoriasis ou une lèpre; on ne verra jamais non plus ces affections coïncider avec un trouble interne, avec un état morbide ou partiel ou même général : au contraire, elles existent le plus souvent avec une santé excellente, santé que n'altèrent même pas leur persistance et leur durée quelquefois infinie : ainsi, j'ai vu des malades encaissés pour ainsi dire, dans une enveloppe épaisse, formée par un Psoriasis invétéré, sans que rien trahît une lésion organique quelconque, et sans qu'il en résultât d'autres inconvéniens que ceux que peuvent faire naître les obstacles apportés mécaniquement aux fonctions de sécrétion. Il est permis, d'après ces considérations, de ne voir dans ces maladies, que des lésions exprimant un état particulier, comme spécial de la peau elle-même.

Quelle que soit celle des trois catégories, à laquelle il faille rapporter les maladies de la peau, celles-ci se développent comme accidentellement sous une foule d'influences qu'il est le plus souvent permis de signaler. Si on les rencontre à toutes les époques de la vie, il faut reconnaître que quelques-unes semblent liées plus particulièrement à certains âges. Ainsi, c'est dans l'enfance que l'on remarque surtout le favus, certaines formes impétigineuses, les éruptions spécifiques aiguës, comme la variole, la scarlatine, la rougeole, etc. D'un autre côté, c'est surtout chez les adultes que l'on rencontre les éruptions non spécifiques à l'état aigu, et par opposition, on les observe chez les vieillards, avec ce caractère de chronicité qui annonce la débilitation de l'économie. On se rend d'ailleurs facilement compte de ces influences, si tant est qu'on puisse les appeler ainsi. Il en sera de même du rôle que pourrait jouer le sexe dans l'étiologie des affections cutanées; on comprend parfaitement que le Sycosis soit particulier à l'homme, que l'Acne rosacea soit surtout fréquente chez les femmes.

Les saisons ont bien évidemment de l'influence sur le développement des maladies de la peau, qui sont de beaucoup plus fréquentes au printemps, par exemple, que dans toute autre saison de l'année. Il en est de même du climat, puisque l'on a pu observer pour les affections cutanées une bien plus grande intensité dans les pays chauds que dans les pays froids. N'est-ce pas dans les régions tropicales que se développe la lèpre tuberculeuse, appelée Elephantiasis des Grecs? Mais plus près de nous, en Grèce, en Palestine, en Egypte, ces maladies se présentent avec une intensité et une gravité inconnue dans nos régions. Certaines contrées de l'Europe, paraissent aussi jouir du triste privilége de disposer à des formes éruptives plus graves; ainsi on les retrouve surtout en Bretagne, en Picardie, dans les Flandres, dans la Hollande, dans certains points de l'Angleterre et de l'Écosse, sur les côtes du Holstein, en Norwége, vers les embouchures du Danube, dans tous les points enfin où paraît régner une humidité constante. La contagion, ce principe souvent inexplicable, joue un rôle important dans un grand nombre de maladies de la peau : cause essentielle de certaines formes, on la retrouve avec tous les caractères des virus, dans les fièvres éruptives spécifiques et dans la syphilis : elle existe avec des caractères distincts dans le Favus, l'Herpès tonsurant et la Gale. D'un autre côté, le principe épidémique peut, par son influence indéfinissable, présider au développement de certaines formes, par exemple, de cet érythème de la plante des pieds et de la paume des mains, observé pendant l'épidémie d'Acrodynie de 1828. Enfin quelques maladies sont évidemment endémiques dans certaines contrées : le bouton d'Alep à Bagdad, la Pellagre en Italie, en offrent les exemples les plus remarquables.

Long-temps on s'est demandé pourquoi une cause étant donnée, il se développe telle forme plutôt que telle autre : mais tout en faisant une large part à l'individualité, influence dont il n'est donné à personne de préciser la valeur et la portée; tout en s'appuyant sur les élémens d'investigation que je viens d'esquisser, on ne peut aujourd'hui avoir la prétention de répondre à cette question, ni espérer encore pénétrer la plupart de ces secrets, jusqu'à présent impénétrables. Ici se présente de nouveau la question du siége anatomique, question si importante, sur laquelle je reviendrai avec plus de fruit, à propos de l'histoire de chacune des maladies.

Je n'ai rien à vous dire du diagnostic général, qui, reposant essentiellement sur la forme, tire ses élémens nécessaires

et constans de la connaissance exacte des lésions élémentaires : je n'ajouterai donc rien à ce que j'ai dit de ces symptômes, dont l'histoire peut être considérée comme complète dès à présent.

Le pronostic des maladies de la peau est en général peu grave; quelques-unes cependant peuvent acquérir une certaine gravité, ou par une ténacité qui résiste même aux moyens les plus énergiques, ou par le siége qu'elles peuvent affecter. Ainsi, on conçoit qu'une femme jeune et belle regarde comme un malheur une éruption, qui, prenant son siége au visage, s'y maintiendrait malgré tous les efforts du praticien. On comprend aussi que le prurit, souvent excessif, qui accompagne certaines formes, puisse constituer, dans quelques cas, un symptôme d'une gravité réelle, puisqu'il a pu produire un trouble nerveux des plus intenses, et même conduire le malade à des idées de suicide.

En général, avant de porter un jugement sur une maladie de la peau, il est utile de tenir un compte exact et sévère de l'état général du malade, de ses antécédens, d'interroger l'histoire de sa famille, car il existe certaines causes individuelles ou héréditaires qui doivent avoir une grande influence sur le pronostic.

L'opinion, qui avait représenté les affections cutanées comme une évacuation humorale utile, avait fait admettre comme dangereuse, dans un grand nombre de cas, la suppression de ces dérivatifs. De là cette théorie de la répercussion fondée sur des faits ou complétement faux, ou mal appréciées. L'expérience a fait justice de ces craintes chimériques, au moins dans ce qu'elles avaient d'absolu, et personne ne croit plus aujourd'hui aux terribles conséquences de la gale répercutée. Cependant, dans certains cas, une affection cutanée aiguë peut devenir un auxiliaire puissant et utile. Ainsi, j'ai vu entre autres un malade qui, atteint d'un asthme, avait passé sept ans sans pouvoir dormir dans son lit. Il fut pris tout-à-coup à la jambe d'un large eczéma, et, à partir de ce moment, il put goûter le bonheur d'une nuit entière de sommeil. Les cas de ce genre ne sont pas rares, il faut bien le dire, et s'il est vrai qu'il y a peu de maladies de la peau qu'il ne faille pas guérir, il ne l'est pas moins que dans un grand nombre de circonstances, il faut procéder au traitement avec beaucoup de précaution et de prudence ; et enfin, il est vrai aussi, qu'à part ces cas exceptionnels, il faut agir le plus promptement possible.

D'après les principes que je viens d'exposer, le traitement doit être étudié aux divers points de vue sous lesquels nous avons examiné l'Etiologie. Très simple quand la cause est extérieure, quand la maladie est accidentelle, le traitement devient plus difficile quand il existe un trouble interne ayant une influence marquée sur l'affection cutanée; il est enfin encore empirique pour les maladies dépendant d'une cause constitutionnelle, inhérente à la peau. Il importe donc avant tout, de rechercher quelle influence a présidé au développement de la maladie que l'on est appelé à combattre. Si l'affection est purement locale, tout accidentelle, elle n'exigera que quelques soins hygiéniques, quelques applications émollientes, ou quelques moyens généraux appropriés à l'âge, à l'état, à la constitution du malade : si au contraire, la maladie est causée ou entretenue par un trouble intérieur, il faut étudier avec soin toute l'économie, rechercher quel est ce trouble, et diriger contre lui les efforts principaux du traitement : si enfin la maladie est une de celles qui appartiennent au troisième ordre, on aura recours à l'usage de certains médicamens dont l'expérience a constaté, dans un grand nombre de cas, les bons effets. Il faut bien le reconnaître, c'est dans cette étude du malade, dans cette investigation consciencieuse des causes, aidée de la connaissance du siége, que nous trouverons les élémens d'une thérapeutique rationnelle et sûre, abandonnant enfin l'espoir de trouver quelques sirops ou quelques pommades spécifiques, espoir qu'il faut laisser aux charlatans.

Il est difficile, on le comprend dès-lors, pour ne pas dire impossible, d'apprécier ici les moyens de traitemens qui peuvent être employés contre les diverses affections cutanées. Il y a bien cependant quelques données qu'il est à propos de signaler : ainsi, je citerai en particulier, les *saignées* locales ou générales dans les cas de phlegmasie plus ou moins intense; les *purgatifs*, précieux pour opérer une dérivation lente et continue; les *alcalins*, dans les affections prurigineuses; les *acides*, dans les formes avec abondante exhalation; les *antimoniaux*, très utiles dans les affections chroniques, dans certaines formes squameuses, etc.; les *sulfureux*, regardés par un grand nombre de praticiens, comme une Panacée universelle, applicable à toutes les maladies de la peau, et qui ne sont réellement appropriés qu'à certaines formes chroniques, encore à la condition qu'on soit très sobre de leur emploi; les *sudorifiques*, essayés contre toutes les formes rebelles; les *préparations arsénicales*, qui appartiennent surtout à la classe de médicamens empiriques, que l'on a long-temps repoussées comme des moyens dangereux, mais qui constituent, sans contredit, et sous tous les rapports, un des moyens les plus puissans pour combattre les maladies constitutionnelles de la peau. Quant aux moyens locaux, ils comprennent les tisanes, les cataplasmes émolliens, certaines lotions, les pommades mercurielles, sulfureuses, iodurées ; les bains simples et composés, les bains et entre autres les douches de vapeur; dans quelques cas les vésicatoires et les caustiques, le nitrate d'argent, la pâte arsénicale du frère Côme, le nitrate acide de mercure, le chlorure de zinc.

Mais, je le répète, les indications thérapeutiques détaillées ne peuvent trouver leur place que dans l'histoire de chacune des maladies de la peau.

Arrêtons-nous un instant, messieurs, avant d'entrer dans l'histoire particulière de ces formes si intéressantes,

que nous allons étudier tour-à-tour, pour résumer encore les considérations générales que je viens de vous soumettre.

L'histoire des maladies de la peau peut être partagée en deux périodes bien distinctes : dans l'une elles sont à peine connues et signalées dans les traités de médecine sous des dénominations vagues, qui ajoutaient encore à l'obscurité qui régnait sur ce point. Dans l'autre, on les voit peu-à-peu mises à part, puis réunies en un corps de doctrine distinct; elles constituent alors ce que l'on a appelé une spécialité.

Le résultat de cet isolement a été de faire connaître mieux d'abord les différentes formes d'éruptions, puis de les faire classer, enfin de pousser aussi loin que possible la science du diagnostic.

Ce résultat était la limite extrême où pouvait conduire la période de spécialité. Celle-ci doit donc finir alors que celui-là est complet.

Maintenant ce qui reste à faire, c'est de réintégrer les maladies de la peau sous les lois générales de la pathologie; de cesser de les regarder comme des accidens à part; de soumettre leur étude aux règles d'analyse qui président à l'étude des autres affections; de voir si elles ne reposent pas sur les mêmes élémens morbides; d'essayer de les classer d'après leurs caractères généraux, leurs lois, leur nature; d'envisager d'un point de vue plus philosophique leur étiologie, cette partie de leur histoire si négligée jusqu'à présent; enfin de se servir de ces nouvelles recherches pour arriver à une thérapeutique rationnelle. Telles sont les bases du plan imparfait, sans doute, qui doit nous servir de guide dans nos études, mais qui, dans ses développemens analytiques, doit nous permettre d'embrasser toute l'échelle des maladies de la peau.



E. Bocourt pinx. Gérard color. Choubard sculp.

Erytheme.



PREMIER GROUPE.

INFLAMMATIONS.



Le plus grand nombre des maladies de la peau appartiennent aux inflammations; elles sont principalement caractérisées par cet état anormal où un afflux plus ou moins considérable de sang à la partie affectée est accompagné de troubles fonctionnels et surtout de produits nouveaux constituant les lésions soit primitives, soit secondaires.

Les lésions primitives sont connues déjà, et elles ont été classées sous les dénominations d'Exanthèmes, de Papules, etc. Quant aux lésions secondaires, nous les retrouverons dans l'histoire de chaque éruption. Indépendamment des variétés de forme qu'elles peuvent présenter dans les symptômes extérieurs par lesquels elles se traduisent, les inflammations sont encore séparées entre elles par des caractères tirés de leur nature, de leur marche, des causes qui les produisent; c'est sur l'étude et l'observation de ces caractères qu'est fondée la division que j'ai admise, et qui sépare ce premier groupe en plusieurs genres distincts.



PREMIER GENRE.

ÉRUPTIONS NON SPÉCIFIQUES POUVANT EXISTER A L'ÉTAT AIGU ET A L'ÉTAT CHRONIQUE.

Dans ce premier genre sont rangées toutes les inflammations qui se manifestent sans une influence spéciale, qui peuvent être le résultat de causes externes, tout aussi bien que le retentissement sympathique de souffrances intérieures plus ou moins graves; ainsi l'eczéma, qui peut être développé par des applications âcres et irritantes, et qui apparaît aussi sous l'influence de troubles des fonctions digestives, de lésions des divers appareils de sécrétion. La marche de ces inflammations peut être aiguë ou chronique : à l'état aigu, elles sont remarquables par les symptômes généraux qui les accompagnent, par leur appareil fébrile, par leur évolution rapide, plus franche, et ordinairement par leur durée assez bien limitée; à l'état chronique, elles rentrent presque dans la catégorie des éruptions du deuxième genre. Elles se présentent avec plusieurs lésions élémentaires : on y trouve des Exanthèmes, des Vésicules, des Papules, des Pustules. Leur thérapeutique est très variée.

Les maladies comprises dans le premier genre sont l'Érythème, l'Érisypèle, l'Urticaire, le Strophulus, l'Herpes, l'Eczéma, le Pemphigus, l'Impetigo, l'Ecthyma et le Sycosis.

ÉRYTHÈME.

L'Érythème est un exanthème non contagieux, caractérisé par l'apparition de taches rouges, superficielles, d'une étendue variable, plus ou moins circonscrites, et qui ont pour caractère distinctif de disparaitre sous la pression du doigt.

Si l'on remonte à l'origine de cette dénomination, on voit qu'elle a été dans presque tous les temps, employée avec sa véritable acception, ou au moins avec celle qu'on lui a conservée de nos jours. Ainsi dans Hippocrate, on trouve indistinctement pour exprimer une rougeur à la peau, les deux mots Ερυθημα, ἔρευθος.

L'érythème correspond à l'*Érysipèle* de Sauvages, à la *Dartre érythémoïde* d'Alibert, qui en avait fait plus tard le premier genre des *Dermatoses eczémateuses :* il a été rangé par Willan et par Biett parmi les exanthèmes.

L'érythème peut se présenter sur tous les points de la surface du corps; cependant dans certains cas il semble affecter quelques siéges de prédilection : ainsi l'érythème papuleux se montre surtout aux mains; l'érythème noueux, au contraire, se manifeste presque exclusivement aux membres inférieurs; en général, l'érythème simple occupe de préférence le visage et la poitrine.

A l'état aigu, l'érythème est ordinairement une maladie rapide, passagère; et si on le voit quelquefois se prolonger plus ou moins long-temps, c'est qu'il est lié à quelque trouble intérieur : ainsi il peut accompagner une fièvre intermittente, ou bien il se déclare dans la convalescence d'une affection générale grave. Certaines formes se présentent aussi à l'état chronique.

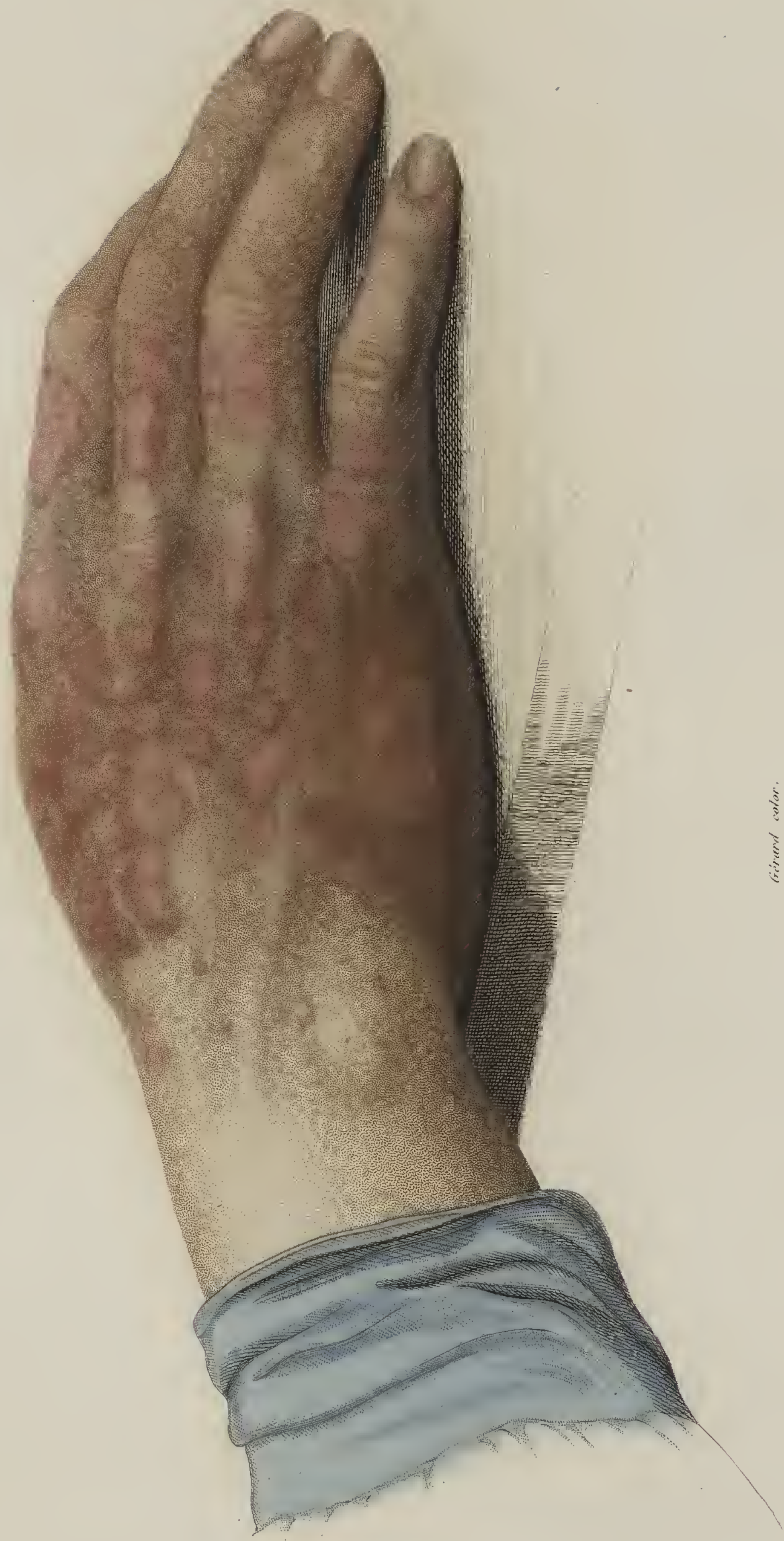
Les symptômes généraux qui précèdent le développement de l'érythème sont ordinairement très légers; ils consistent dans un sentiment de lassitude, de malaise, avec un peu de chaleur aux points qui doivent être affectés; quelquefois dans un mouvement fébrile : mais ces symptômes, dans un grand nombre de cas, sont si peu prononcés, que les malades y font à peine attention et souvent même ne les apprécient pas.

Quoi qu'il en soit, l'érythème se développe par des taches d'un rouge peu vif, taches diffuses, passagères, qui disparaissent momentanément sous la pression du doigt; elles sont d'une forme irrégulière, répandues çà et là sur divers points, d'une étendue variable, mais rarement moindre que la largeur de la paume de la main. L'éruption peut, dans quelques cas rares, occuper tout un membre; plus rarement encore elle peut couvrir presque toute la surface du corps, qui présente alors une teinte rouge, unie, superficielle; elle n'est d'ailleurs accompagnée que de peu de chaleur, d'une douleur à peine sensible, excepté pourtant quand l'érythème est presque général; et alors les symptômes généraux sont plus prononcés. Mais les taches ne tardent pas à pâlir du centre à la circonférence, et la maladie se termine en quelques jours, et souvent même en quelques heures, par une résolution complète, quelquefois par une desquamation légère : telle est la marche la plus ordinaire de l'érythème. On a cru devoir admettre plusieurs variétés qui ne présentent en réalité aucune différence assez tranchée pour les faire considérer comme des formes distinctes; elles ne sont séparées le plus souvent que par les causes mêmes qui les ont produites, ou par des caractères qui sont communs d'ailleurs à l'érythème simple en général. L'érythème coïncide quelquefois avec une autre affection aiguë, et il disparaît avec elle sans desquamation sensible; on l'a appelé *erythema fugax:* il peut accompagner l'œdème, présenter, avec une surface unie et luisante, des taches çà et là confluentes; c'est l'*erythema læve :* le frottement ou le contact répété de deux parties produit souvent un érythème accompagné quelquefois d'un suintement particulier, avec une odeur fade et désagréable; Sauvages en a fait l'*erythema intertrigo*, que l'on trouve surtout au-dessous des mamelles, aux aines, à la partie supérieure et interne des cuisses, aux aisselles, etc. L'érythème, produit par une compression prolongée, a été appelé *erythema Paratrimma :* on l'a dit *erythema Pernio*, quand le froid l'avait développé; *per adustionem* quand il avait été produit par l'action de la chaleur. Il est évident que ces variétés ne présentent rien de remarquable, rien de positivement distinct, et qu'elles doivent rentrer dans l'histoire générale de l'érythème. Il n'en est pas de même de deux formes tout-à-fait remarquables et qui constituent deux variétés importantes.

L'érythème se montre quelquefois sous la forme de plaques plus ou moins nombreuses, mais toujours moins étendues et moins diffuses que dans l'érythème simple; ce sont de petites macules assez irrégulièrement arrondies, mais généralement bien limitées, ce qui leur donne un aspect tout particulier. Ainsi il semble, tant les bords de l'éruption sont nets et distincts, que ces plaques soient saillantes : elles offrent à l'œil la forme de véritables papules; et cependant elles ne laissent apprécier au toucher aucune élévation sensible : c'est l'*Érythème papuleux*. Dès le début, ces plaques sont d'un rouge vif, plus marqué que dans l'érythème simple; mais cette teinte fait bientôt place à une couleur toute caractéristique, comme violacée, plus intense au centre qu'à la circonférence. Cette forme se présente surtout au cou, à la poitrine, aux bras, et très fréquemment aussi sur le dos de la main. Elle affecte ordinairement les jeunes gens, les femmes, les individus dont la peau est fine et délicate. Quand elle est bornée à une seule région, quand l'inflammation est plus vive, il y a quelquefois, dès le début, un peu de tuméfaction, et c'est alors surtout que l'aspect papuleux est caractéristique; mais cette tuméfaction diminue rapidement, les plaques s'affaissent, et il n'y a bientôt plus, comme dans toutes les formes de l'érythème, aucune élévation percevable au toucher. Cette variété de l'érythème dure ordinairement peu de temps; elle disparaît au bout de quelques jours. Quelquefois, au contraire, elle est répandue presque généralement; je l'ai vue alors se comporter à la manière des fièvres éruptives, et durer deux ou trois septénaires.

D'un autre côté, l'érythème papuleux, fixé au dos de la main, suit souvent une marche chronique, et alors il y a un gonflement réel; les plaques sont plus saillantes, plus larges; elles présentent même une certaine consistance qui en avait fait faire une espèce à part par Willan, espèce qu'il avait appelée *erythema tuberculatum*. Je l'ai vu, quand il se présentait à cet état, persister des mois entiers.

La seconde variété est l'*Érythème noueux*, *erythema nodosum* de Willan. Cette forme est le plus ordinairement annoncée par des symptômes généraux plus marqués : il y a du malaise, de l'abattement; elle est accompagnée, au début, d'un mouvement fébrile. Bientôt apparaissent des taches ovales, déjà légèrement proéminentes au centre;



Annedouche sculp

Gérard color.

E. Bocourt pinx.

Erythème papuleu.

ces taches présentent une étendue de un, quelquefois de deux ou trois centimètres de diamètre. On a de prime abord le sentiment d'une élévation, d'une véritable nodosité. Bientôt la saillie augmente, et vers le deuxième ou le troisième jour de l'éruption, ce ne sont plus seulement des taches, même proéminentes, ce sont de véritables tumeurs offrant des caractères particuliers. Elles sont régulièrement circonscrites, paraissant comme enchâssées dans l'épaisseur de la peau, dans le tissu cellulaire même : ordinairement arrondies, elles atteignent quelquefois la grosseur d'un petit œuf : elles présentent aussi une coloration particulière, d'un rouge grisâtre, disparaissant moins facilement et moins complétement sous la pression du doigt : cette pression est toujours douloureuse. Bientôt, c'est-à-dire vers le septième ou le huitième jour, le volume de ces tumeurs diminue, et alors elles présentent un phénomène tout-à-fait singulier. Il semble, en promenant le doigt sur ces plaques amollies, que l'on ait le sentiment d'une certaine fluctuation; cette perception douteuse a pu faire croire à l'existence de véritables phlegmons, croyance trompeuse que l'événement n'a jamais justifiée. Il n'existe en effet jamais de pus; bientôt les symptômes se dissipent, la peau devient moins tendue, moins rénitente; la coloration devient tout-à-fait grisâtre, et la maladie se termine par résolution vers le dixième ou le douzième jour. Cette variété constitue comme on le voit une forme tout-à-fait distincte, sinon plus grave, au moins plus intense. Les malades sont obligés de s'aliter, ils souffrent réellement; quelquefois la fièvre est assez vive au début. Elle affecte ordinairement les sujets jeunes, d'un tempérament mou, lymphatique; je l'ai vue très souvent chez les femmes, le plus ordinairement coïncidant alors d'une manière évidente avec des troubles survenus dans la menstruation; je ne l'ai jamais observée chez les vieillards. Elle peut se présenter sur tous les points de la surface du corps; mais elle a évidemment pour siége de prédilection les membres inférieurs, où elle apparait surtout dans le voisinage des articulations. Bien qu'elle semble devoir persister plus long-temps que les autres formes, elle ne dure cependant jamais plus de deux septénaires. Je l'ai vue souvent apparaître à la fin de maladies aiguës, plus ou moins graves.

Biett a décrit en outre une forme d'érythème qu'il a appelée *érythème centrifuge*, et à laquelle j'ai conservé son nom et les caractères qu'il lui avait assignés : cependant l'étude des symptômes qui distinguent cette variété, ne permettait pas de la laisser parmi les exanthèmes : elle est en effet remarquable, surtout par la dégénérescence qui l'accompagne, et à ce titre elle doit être rangée parmi les maladies qui présentent ce caractère pathognomonique. Nous retrouverons donc l'occasion d'en parler en nous occupant des maladies qui tendent à détruire les parties affectées.

Les causes sous l'influence desquelles peut se développer l'érythème sont très nombreuses, et cette circonstance lui est commune avec toutes les affections qui composent ce premier genre. Il peut, en effet, se développer sous une foule d'influences externes; par l'action de la chaleur, du froid, du contact de matières irritantes, par les écoulemens de toute espèce, le coryza : il peut être aussi déterminé, comme je l'ai dit pour l'*erythema intertrigo*, par le frottement de deux surfaces, par la marche, l'équitation. D'un autre côté, l'érythème est très fréquemment symptomatique d'un trouble survenu dans l'économie; il coïncide avec la dentition chez les enfans, avec l'époque de la menstruation chez les jeunes filles, avec l'âge critique chez les femmes : il apparait quelquefois après d'autres maladies, à la suite d'une fièvre intermittente, par exemple; je l'ai vu revenir aussi périodiquement à chaque époque menstruelle. Quand d'ailleurs il complique une autre éruption, il rentre dans l'histoire de la maladie qu'il accompagne.

L'érythème n'est jamais contagieux. Je l'ai vu revêtir le caractère épidémique, lors de l'épidémie d'Acrodynie qui régna à Paris pendant les années 1828 et 1829; et, soit que l'érythème eût été en effet une complication presque constante de la maladie, soit que l'on eût cru devoir amener à Saint-Louis les malades qui présentaient accidentellement des symptômes érythémateux à la peau, toujours est-il que nous avons pu en observer un très grand nombre; ils présentaient les symptômes suivans. On remarquait autour de la plante des pieds et de la paume des mains une aréole érythémateuse d'un rouge cramoisi, de la largeur de 1 à 2 centimètres environ, disparaissant sous la pression du doigt : elle offrait cela de particulier, qu'elle reposait le plus souvent sur une surface épaissie, jaunâtre, très dure; dans quelques points, au contraire, on apercevait sur les parties affectées une dépression notable, et le toucher déterminait alors une douleur bien marquée. J'ai vu aussi chez quelques malades des plaques érythémateuses aux aisselles, aux cuisses, aux bourses; mais il n'y avait sur ces points aucune apparence d'épaississement de l'épiderme, caractères qui paraissaient exclusivement appartenir aux surfaces palmaire et plantaire.

Il n'est pas possible de confondre l'érythème avec les formes graves de l'érysipèle, dont il est séparé par l'intensité des symptômes; mais l'erreur serait plus facile s'il s'agissait d'un érysipèle simple, à éruption peu étendue, puisque la ressemblance pourrait paraître frappante, si l'on se bornait à un examen superficiel, et à une appréciation de la couleur seulement. Quelques auteurs ont même pensé que l'érythème n'était qu'un degré de l'érysipèle, et cependant sa rougeur est toujours plus superficielle, il ne présente jamais le gonflement, la douleur âcre et brûlante que l'on remarque dans l'érysipèle; sa marche est plus rapide : ces caractères sont suffisans pour les distinguer.

On a rapproché l'érythème noueux de l'érysipèle phlegmoneux. Déjà nous avons vu qu'il n'y avait jamais formation de pus; mais nous retrouverons à propos de l'érysipèle les caractères qui séparent ces deux affections.

Il y a nécessairement entre les diverses éruptions caractérisées par des exanthèmes une certaine manière d'être commune, surtout au début, qui peut devenir souvent une cause d'erreur. Ainsi on pourrait, à la rigueur, confondre un instant la rougeole, la scarlatine, la roséole, l'urticaire, avec l'érythème papuleux; mais sans descendre à l'avance dans les raisons de détail qui doivent empêcher toute confusion, il faut se rappeler que l'érythème papuleux, à part quelques exceptions rares, est une éruption circonscrite, sans symptômes généraux, et que, dans tous les cas, il se distingue des affections que je viens de citer, surtout par l'absence des phénomènes généraux qui les accompagnent.

Les plaques plus élevées, plus grandes de l'urticaire, sa teinte, qui n'est jamais violacée comme dans l'érythème papuleux, sa marche irrégulière, et surtout le prurit qui l'accompagne, doivent toujours empêcher de confondre ces deux formes.

Il serait plus difficile peut-être de séparer l'érythème papuleux du *Lichen urticatus*. Cependant, dans ce dernier cas, les papules (car ce sont là de véritables papules) sont moins larges que les plaques de l'érythème papuleux, plus rondes, plus solides; l'éruption est plus étendue, elle donne lieu à des démangeaisons souvent très vives, circonstances que l'on ne rencontre pas dans l'érythème, et sur lesquelles doit surtout être fondé le diagnostic.

On a pu, dans quelques cas, prendre les empreintes livides ou violacées qui succèdent à l'érythème noueux pour des taches syphilitiques, et quelquefois même les nodosités de cette variété pour des tumeurs gommeuses. D'abord, rien n'est plus rare que les taches syphilitiques, qui sont d'ailleurs indolentes, sans chaleur de la peau, sans élévation : elles ne disparaissent pas sous la pression du doigt.

Quant aux gommes, ce sont de véritables tumeurs, pénétrant dans l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire; la teinte cuivrée qui les entoure, la marche de la tumeur, son ramollissement, la suppuration, la plaie ulcéreuse qui lui succède, sont autant de caractères qui ne permettent pas l'erreur.

Enfin, on a quelquefois confondu ces plaques avec les taches de l'éléphantiasis des Grecs au début; mais, à part la persistance et la teinte particulière, l'insensibilité de ces dernières doit être un moyen suffisant de diagnostic.

L'érythème est toujours une maladie sans gravité, et le traitement est en général des plus simples.

Le repos, des boissons rafraîchissantes, quelques bains tièdes, un régime doux : tels sont les moyens sous l'influence desquels l'érythème disparait dans le plus grand nombre des cas, assez rapidement. Quelquefois, il est utile d'avoir recours à une ou deux saignées générales, surtout chez les individus pléthoriques, surtout aussi pour l'érythème noueux, soit pour combattre l'intensité de la réaction fébrile, soit pour remplir une indication particulière et assez fréquente, fournie par une menstruation difficile.

Quand l'érythème a été le résultat d'une cause externe, directe, l'éloignement de cette cause suffit souvent pour le dissiper entièrement. On remplit une indication analogue en évitant le frottement, lorsque dans l'érythème intertrigo, on saupoudre les surfaces malades avec une substance inerte, avec l'amidon, la poudre de lycopode, etc.

Le traitement de l'érythème symptomatique d'une autre affection varie comme celui de la maladie qu'il accompagne : ou plutôt il cède avec elle aux moyens employés pour la combattre.

Il y a quelques modifications thérapeutiques qui appartiennent plus spécialement à telle ou telle variété. Ainsi, comme je l'ai dit déjà, c'est surtout dans l'érythème noueux qu'il est quelquefois utile d'avoir recours aux évacuations sanguines. C'est encore pour combattre cette forme de l'érythème, que j'ai administré avec avantage un vomitif, un éméto-cathartique, ou quelques laxatifs.

Enfin on est souvent obligé, pour combattre l'érythème papuleux, d'avoir recours à des moyens un peu plus actifs : c'est ainsi que j'ai employé avec succès la limonade minérale, les purgatifs, des applications résolutives, telles que l'eau de Goulard, des lotions alcalines (sous-carbonate de potasse, de 2 à 4 grammes; eau distillée, 500 grammes), des bains alcalins.

1re *Observation*. — Érythème épidémique. — Pendant l'épidémie d'Acrodynie, qui régna à Paris dans le courant de l'année 1828, on signala sur un grand nombre de malades, et j'ai pu constater moi-même dans une certaine quantité de cas recueillis à l'hôpital Saint-Louis, un épiphénomène remarquable de l'épidémie régnante, et qui participait de la nature de la maladie principale : c'était un érythème particulier, ayant son siége aux pieds et aux mains.

Le 6 septembre 1828, le nommé B....., peintre sur porcelaine, âgé de trente-et-un ans, fut reçu dans le service de Biett, salle Saint-Eugène, n° 6. Cet homme était fort, vigoureux, sanguin, d'une excellente santé; il avait la peau fine et blanche.

Deux mois avant son entrée, B..... éprouva tout-à-coup de la céphalalgie, des envies de vomir, des douleurs contusives dans les membres, de l'inappétence, et surtout un besoin constant de dormir. Ce malaise persista pendant une quinzaine de jours, et à cette époque, c'est-à-dire six semaines avant son entrée, il sentit des douleurs, des élancemens dans les pieds : il rapportait ces élancemens à ses chaussures. Cependant le mal augmentait incessamment; le malade boitait beaucoup. Au bout de quinze jours, il signala deux points qui étaient le siége d'une rougeur vive; il vit en même temps cette rougeur se développer aux mains.



Erythème Noueux

E. Bocourt pinx. Gérard color. Choubard sculp.

B..... resta trois semaines sans combattre ces symptômes, travaillant pendant quelques jours, se reposant pendant quelques autres, mais souffrant (ce que j'ai pu remarquer aussi chez les autres malades) beaucoup plus la nuit. Il consulta enfin un médecin, fut saigné deux fois, et à la seconde fois fut pris d'une syncope qui dura quelques minutes seulement. Il prit de l'eau d'orge, un bain simple; quelques cataplasmes furent appliqués; mais B..... n'éprouva qu'un soulagement momentané. Le lendemain il souffrait davantage, et il se décida alors à entrer à l'hôpital, dans l'état suivant :

La paume des mains était tout entière d'un rouge cramoisi; les bords droits et gauches présentaient une aréole, de la même teinte, d'un centimètre et demi. Cette rougeur disparaissait sous la pression du doigt. Quelques points semblaient couverts d'une enveloppe dure; d'autres, au contraire, étaient dépouillés et plus sensibles. Sur le dos de la main, au niveau de chaque articulation, était un point rouge cramoisi. La plante des pieds présentait la même coloration, avec la même intensité, formant comme une couche très épaisse, surtout aux doigts et aux talons. Les bords étaient le siége de plaques érythémateuses, de la largeur d'une pièce d'un franc. On retrouvait ces mêmes plaques aux coudes-pieds. Les bourses et les cuisses étaient le siége de cette rougeur cramoisie, avec une injection très prononcée, occupant toute la partie interne et supérieure. La verge était enflée; il y avait des démangeaisons à l'anus. Des plaques analogues existaient aux aisselles. Enfin la figure était rouge, injectée : il y avait un léger œdème du col. La langue était bien; le pouls plein, mais tranquille : la céphalalgie avait cessé.

B..... fut mis à l'usage d'une tisane de mauve; il prit des demi-lavemens émolliens. Il fut tenu à un régime sévère. Plus tard, il prit quelques bains simples; plus tard encore, des bains alcalins, alternés avec des fumigations aromatiques. Au bout de quinze jours, la rougeur était diminuée aux pieds et aux mains : la coloration s'effaçait peu-à-peu, mais très lentement; et B..... sortait de l'hôpital deux mois après son entrée, guéri complétement de l'érythème, mais accusant encore un peu de raideur aux mains et aux pieds.

2e *Observation*. — Érythème noueux des jambes. — Herpes circinné du cou. — Éruptions coïncidant avec un embarras gastrique. — Le 10 août 1844, fut admis dans mon service, salle de l'Ancienne-Lingerie, n° 6, la veuve Hélène S..., âgée de vingt-six ans, repasseuse, née à Lixhens (Meurthe), venue de son pays à Paris depuis quatre mois, affectée d'un érythème noueux des jambes, et en même temps d'un herpès circinné de la partie postérieure du cou.

Personne dans sa famille n'a eu de maladies de la peau qui puissent présenter un rapport quelconque avec son état actuel; mais d'une constitution lymphatique et grêle, Hélène a peu d'appétit depuis bien long-temps : souvent elle s'est plainte de douleurs dans la région de l'estomac. Sa nourriture a presque toujours consisté en viande de porc salé et fumé : depuis quelque temps seulement, elle fait usage de légumes et d'un peu de lait. La menstruation a toujours été régulière, et, à part cet état d'anorexie accompagnée de douleurs d'estomac, jamais Hélène n'a été malade.

Environ quinze jours avant son entrée, elle vit ses deux jambes enfler jusqu'aux genoux : la peau tendue, sans être rouge, était douloureuse au toucher : cette tension disparaissait un peu le soir, quelques heures après le coucher. En même temps, il y avait une légère céphalalgie, mais surtout de l'amertume dans la bouche, de l'inappétence et de la constipation. Trois jours après, à la partie postérieure du cou, s'élevèrent trois plaques vésiculeuses, arrondies, précédées et accompagnées d'une vive démangeaison. Le lendemain, à la partie antérieure des jambes, jusqu'aux genoux, la malade vit apparaître cinq ou six taches rouges, élevées au-dessus du niveau de la peau, surtout au centre, larges comme une pièce d'un franc. Leur apparition causa peu de démangeaison; mais elle fut accompagnée d'une légère douleur, surtout de pesanteur dans les membres.

Jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, la malade mettait chaque soir des cataplasmes sur les jambes et derrière le cou; chaque jour aussi, elle avait un sentiment de lassitude générale, une perte d'appétit plus marquée, une céphalalgie plus intense, et souvent de la fièvre avec sueur, mais le soir seulement.

Le jour de son entrée, Hélène est dans l'état suivant :

Les deux jambes sont enflées jusqu'au-dessus des malléoles, dont le relief est presque effacé; dans cette région, la pression détermine une douleur assez vive. A la partie antérieure de chaque membre, on remarque trois plaques d'un rouge livide, de la largeur d'une pièce d'un franc, douloureuses au toucher, disparaissant sous la pression du doigt, légèrement saillantes, bombées au centre, où la teinte érythémateuse est plus marquée, et va en se dégradant de manière à se perdre, à la circonférence, avec la couleur des tissus environnans. Ces taches constituent de petites tumeurs, qui ne se présentent pas toutes au même état : la plupart sont d'un rouge plus ou moins vif; quelques-unes, grisâtres, ont presque l'apparence d'ecchymoses : un petit nombre donnent la sensation d'une fluctuation douteuse. Ces différences résultent de l'état plus ou moins avancé des plaques.

A la partie postérieure du cou, et sur une ligne qui aurait pour limites les deux apophyses mastoïdes, on voit cinq disques d'herpès, assez petits et bien arrondis. Les vésicules sont presque flétries, affaissées : le fond sur lequel elles reposent, est peu rouge, peu enflammé.

La langue est sèche, la peau chaude, le pouls un peu accéléré; il y a perte d'appétit, constipation.

L'état général permettait d'apprécier le rapport qui existait entre les symptômes de l'embarras gastrique et l'éruption. Je prescrivis un verre d'eau de sedlitz tous les matins; dans la journée, de la limonade, un bouillon, un potage.

Ce traitement fut continué pendant quelques jours, et déjà, dès le 15, l'œdème des jambes avait disparu; les taches, devenues grisâtres, étaient au niveau de la peau et indolentes. Au cou, il ne restait qu'une plaque rosée, sans traces de vésicules. Cependant l'état général ne paraissait pas amélioré.

Le 18, trois nouvelles plaques d'herpès apparurent au cou, au-dessous des premières, précédées, pendant la nuit, d'une cuisson très vive, avec élancemens. En même temps, la face dorsale des deux avant-bras se couvrit de quelques tumeurs érythémateuses, rouges, douloureuses d'abord, aussi étendues que celles des jambes. On continua les mêmes soins, le même régime; on augmenta la quantité d'eau de sedlitz.

Dès le lendemain et les jours suivans, les douleurs locales diminuant graduellement, l'appétit se développa : les plaques d'érythème se flétrirent, et la coloration devint de moins en moins foncée; on continua toujours l'usage de l'eau de sedlitz. Le 4 septembre, les vésicules de l'herpès et l'érythème, aux bras comme aux jambes, ne laissaient plus que de légères traces de leur existence antérieure. Il n'y avait plus d'œdème, et l'état d'anorexie, de constipation, avait complétement disparu. La malade, en pleine convalescence, demanda à sortir de l'hôpital.

ÉRYSIPÈLE.

SYNONYMIE. — *Erysipelas.* — *Febris erysipelacea* d'Hoffmann. — *Febris erysipelatosa* de Sydenham. — *Rosa* de Sennert. — *Érysipèle* de la plupart des auteurs. — Deuxième genre des *Dermatoses eczémateuses* d'Alibert.

L'érysipèle est un exanthème non contagieux, intéressant la peau et le tissu cellulaire : il est caractérisé par une chaleur brûlante, une douleur et une rougeur comme spéciales. Son aspect est luisant. Il se termine par résolution, par délitescence, par suppuration et par gangrène.

Ordinairement fixé à un siége limité, l'érysipèle occupe une surface plus ou moins étendue. Dans quelques cas rares, il peut devenir général. Il affecte toutes les régions du corps; mais il semble se manifester de préférence sur les parties découvertes. Ainsi, au rapport de Celse, il aurait été fréquent aux jambes chez les Romains : Franck a observé qu'il se montrait surtout aux extrémités inférieures, affectant de préférence les vieillards, les individus cachectiques, ou ceux qui, par profession, sont obligés de se tenir presque constamment debout. C'est une observation qu'il aurait faite, par exemple, chez un grand nombre de soldats, à Wilna. Chez nous, au contraire, l'érysipèle le plus fréquent est celui du visage; après lui, vient l'érysipèle des membres. Cette observation semblerait cependant n'être pas applicable aux enfans. Ainsi, au rapport de Billard, sur trente enfans affectés d'érysipèle, deux seulement l'avaient à la face; chez seize, l'éruption occupait le tronc; chez douze, elle était fixée aux membres.

Les auteurs ont, en général, admis pour l'érysipèle un grand nombre de divisions, qui, lorsqu'elles ne comprenaient pas des maladies étrangères, comme celles de Sauvages, étaient basées sur des circonstances de peu de valeur, fournies par le degré, la cause, la marche, les complications de la maladie. C'est ce que l'on voit dans les divisions de Pinel, de J. Franck, etc.

MM. Chomel et Blache ont établi les quatorze formes suivantes, divisées : *A*, suivant les phénomènes généraux concomitans; *B*, suivant quelques phénomènes locaux, qui ne sont pas essentiels; *C*, suivant le siége; *D*, suivant la réapparition : 1° E. apyrétique; 2° E. bilieux; 3° E. inflammatoire; 4° E. adynamique; 5° E. ataxique; 6° E. phlycténoïde; 7° E. miliaire; 8° E. œdémateux; 9° E. gangréneux; 10° E. ulcéreux; 11° E. fixe; 12° E. vague; 13° E. ambulant; 14° E. périodique.

Sanson a divisé l'érysipèle d'après son siége anatomique. Ainsi, il admettait : 1° l'érysipèle proprement dit; 2° l'érysipèle lymphatique; 3° l'érysipèle veineux.

Toutes les variétés de l'érysipèle se rapportent à trois types principaux : suivant que l'inflammation occupe la peau seulement; suivant qu'elle affecte à-la-fois la peau, et plus ou moins profondément le tissu cellulaire; suivant enfin que, quels que soient les tissus intéressés et la profondeur du siége, elle est essentiellement gangréneuse. Ce rapport peut être formulé par les trois espèces suivantes : 1° érysipèle vrai; 2° érysipèle phlegmoneux; 3° érysipèle gangréneux.

L'apparition de l'érysipèle est précédée de quelques symptômes généraux, de courbature, de douleurs lombaires, de nausées, de céphalalgie, et surtout d'un mouvement fébrile, annoncé lui-même par un frisson souvent très prolongé. L'intensité de ces symptômes précurseurs serait, suivant MM. Blache et Chomel, en rapport avec la gravité de l'érysipèle.

La région qui va être le siége de l'exanthème présente elle-même à l'avance quelques phénomènes locaux assez importans, tels qu'une sécheresse, une ardeur, une tension souvent très marquées. Enfin, M. Chomel a appelé particulièrement l'attention sur un symptôme précurseur remarquable, signalé déjà par Borsieri, et qui consiste dans le gonflement douloureux des ganglions lymphatiques voisins de la région où va se développer l'érysipèle.

Ordinairement, au bout du deuxième ou du troisième jour, survient une rougeur plus ou moins foncée, étendue, irrégulière, disparaissant sous la pression du doigt, accompagnée d'une chaleur âcre, mordicante, quelquefois insupportable, et qui donne au malade la sensation d'une élévation considérable de température, bien qu'en réalité il y ait à peine la différence de trois ou quatre degrés pour les parties affectées. Le malade éprouve alors une douleur vive, brûlante, et la peau présente une tuméfaction plus ou moins considérable, suivant le siége de l'érysipèle. Alors

aussi, le pouls est accéléré; la bouche est le plus souvent mauvaise, amère, la langue saburrale; le malade se plaint de nausées, de céphalalgie; la soif est extrême. Il y a une chaleur générale de toute la peau : la région affectée est lisse, tendue, rénitente, quelquefois empâtée; elle offre le plus souvent un aspect luisant tout-à-fait remarquable.

Vers le cinquième ou le sixième jour, la rougeur diminue; une teinte jaune la remplace, la peau perd de sa tension, le gonflement disparaît; et vers le septième jour, commence une desquamation quelquefois farineuse, plus souvent sous forme de lamelles minces : cet état se prolonge un septénaire, et laisse pendant quelque temps la peau plus sèche que dans les parties voisines.

Telle est la marche ordinaire de l'érysipèle vrai; mais elle n'est pas toujours aussi simple ni aussi franche.

Quelquefois l'éruption n'est précédée d'aucuns symptômes généraux : il n'y a pas de fièvre. C'est ce que l'on appelle l'*érysipèle apyrétique*. Ces cas sont d'ailleurs assez rares.

Dans d'autres circonstances, au contraire, les symptômes précurseurs ont une grande intensité : la soif est très vive, l'agitation est extrême; l'éruption tardive ne semble être qu'un épiphénomène. C'est une espèce de *fièvre érysipélateuse*, qui règne souvent épidémiquement dans les villes et surtout dans les hôpitaux.

Il peut arriver que le malade éprouve quelques jours à l'avance de la courbature, de la céphalalgie sus-orbitaire, de l'anorexie, des nausées, quelquefois des vomissemens; la langue est alors couverte, dans toute son étendue, d'un enduit jaunâtre, surtout à la base; la peau et les conjonctives présentent une teinte jaune, souvent très prononcée, etc. : c'est l'*érysipèle bilieux*.

Ou bien encore l'érysipèle est accompagné de symptômes qui appartiennent à la fièvre typhoïde, et constitue ainsi les espèces *adynamique, ataxique*, etc.

Les variétés que peut présenter l'érysipèle vrai ne sont pas toutes basées sur l'état général, et sur la gravité plus ou moins grande des symptômes précurseurs. On observe aussi dans l'état local, et surtout dans la marche, des différences qui ont servi à établir plusieurs espèces admises par les auteurs.

Au milieu de cette turgescence inflammatoire des capillaires de la peau, plusieurs des élémens dont elle est composée peuvent être atteints, pour ainsi dire, isolément. De là, la formation de vésicules, de pustules, le plus souvent de bulles plus ou moins volumineuses qui n'ajoutent rien à la gravité de la maladie, si ce n'est d'en reculer un peu la terminaison. En effet, il se forme alors, sur divers points, des croûtes plus ou moins épaisses, qui peuvent tarder assez long-temps à tomber. Ces divers symptômes accessoires ont fait imaginer l'érysipèle *miliaire, vésiculeux, pustuleux, eczémateux, phlycténoïde*.

Dans quelques cas, au lieu d'être dure, rénitente, d'une consistance visiblement augmentée, d'une rougeur intense accompagnée d'une douleur vive, d'une sensation de chaleur très pénible, la peau empâtée se laisse assez facilement déprimer par le doigt, dont elle conserve un peu l'empreinte. La rougeur est moins marquée, la douleur et la chaleur sont légères; le membre, plus lourd peut-être, est moins engourdi que dans l'érysipèle vrai. Il n'y a pas de réaction générale, et l'exanthème se termine par résolution. C'est l'*érysipèle œdémateux*, c'est-à-dire accompagné actuellement d'un léger œdème des parties affectées; c'est une forme légère, et à laquelle certains auteurs n'ont attaché une idée de gravité, que parce qu'elle a été confondue par eux avec l'érisypèle développé sur des surfaces déjà œdématiées.

Enfin, l'érysipèle ne suit pas toujours une marche régulière; on ne le voit pas infailliblement croître et finir au point qu'il a envahi tout d'abord. Souvent, sans arriver nulle part à une terminaison complète, il abandonne successivement la région déjà atteinte, pour en affecter de nouvelles : c'est l'*érysipèle vague*.

D'autres fois, et ces cas sont plus rares, parti d'un point, où il s'est primitivement développé, il gagne successivement des régions nouvelles, sans quitter les premières, et peut ainsi devenir *général*. J'en ai vu deux exemples, tous deux chez un enfant à la mamelle. Dans d'autres circonstances, l'érysipèle, que l'on appelle alors *ambulant, erratique*, quitte brusquement la région qu'il occupe pour se développer dans une autre, plus ou moins éloignée.

La marche de l'érysipèle n'est pas non plus toujours continue. Plusieurs auteurs ont rapporté des exemples d'*érysipèles intermittens*. Je l'ai vu deux fois affecter successivement, et d'une façon régulière, les deux côtés de la face, et cela à diverses reprises, pendant plusieurs septénaires. Et ici, ce n'était pas, comme on l'a dit, un arrêt dans l'expression symptomatique de la maladie; ce n'étaient pas non plus de simples récidives : c'était une maladie caractérisée par un érysipèle erratique, si l'on veut, mais dont les retours de l'une à l'autre joue avaient présenté, à plusieurs reprises, toute la régularité de l'intermittence. J'en ai observé d'ailleurs plusieurs exemples, et entre autres, deux bien remarquables. L'un s'est présenté chez un homme de quarante ans, qui n'avait jamais eu d'éruption érysipélateuse, et qui, sans cause appréciable, fut pris pendant un mois d'un érysipèle intermittent, développé d'un côté de la face, avec gonflement des paupières, se terminant le quatrième jour par résolution, reparaissant deux jours après de l'autre côté, pour s'y comporter de la même façon, revenir encore sur le point primitivement affecté, et ainsi de suite, de manière à se manifester successivement et régulièrement trois fois d'un côté et deux fois de l'autre. Quant à l'autre cas, complétement analogue, je l'ai observé il n'y a pas long-temps chez une jeune fille, à l'hôpital Saint-Louis.

Dans certaines circonstances encore, on a pu voir l'érysipèle se reproduire d'une manière régulière aussi, mais à des intervalles quelquefois très éloignés. J'ai vu ainsi une femme de trente ans qui, depuis un an, avait tous les mois un

érysipèle de la face, à l'époque de ses règles, bien que celles-ci n'en parussent en rien influencées : c'est *l'érysipèle périodique*.

Érysipèle phlegmoneux. — L'inflammation, au lieu d'être bornée à la peau, peut intéresser plus ou moins profondément le tissu cellulaire, c'est l'érysipèle phlegmoneux. On l'a observé sur tous les points de la surface du corps, bien qu'il soit de beaucoup plus fréquent aux membres, où, dans le plus grand nombre des cas, il est borné à une seule région. D'autres fois, il envahit d'emblée le membre tout entier. Quoi qu'il en soit, l'érysipèle phlegmoneux est précédé de troubles généraux, toujours plus intenses que ceux qui annoncent l'apparition prochaine de l'érysipèle vrai. Les symptômes locaux varient d'ailleurs suivant l'étendue, la profondeur de l'inflammation; cependant la douleur est toujours très vive, la chaleur très brûlante, la tuméfaction très prononcée. La moindre pression est excessivement douloureuse, et la teinte exanthématique, qui disparaît incomplétement, ne revient qu'avec lenteur; les symptômes généraux sont aussi plus prononcés; il y a beaucoup de fièvre, accompagnée de céphalalgie, d'une agitation extrême, de vomissemens, symptômes qui vont en augmentant avec l'éruption. La résolution peut avoir lieu vers la fin du sixième jour, mais en général, la douleur devient pulsative, la rougeur diminue, et il se forme un ou plusieurs petits foyers de suppuration. C'est alors un pus louable, mêlé de petits lambeaux de tissu cellulaire mortifié.

L'érysipèle phlegmoneux est quelquefois plus profond, ou bien, comme je l'ai dit, il a envahi tout un membre. Alors il débute très promptement : le tissu cellulaire est atteint en même temps que la peau; la douleur est profonde; le moindre mouvement arrache des cris au malade; la peau est rouge, très tendue, très sensible; le pouls est fréquent, dur; la soif est vive : il y a souvent du délire. Il n'y a pas à compter alors sur la résolution. Du cinquième au septième jour, la suppuration s'établit, annoncée par un frisson intense; la rougeur et la douleur diminuent; la tension du membre est remplacée par un empâtement remarquable, et cependant la tuméfaction augmente. Les choses peuvent rester dans cet état, et le pus peut séjourner long-temps sans qu'il se fasse jour spontanément au-dehors. Mais le plus souvent, soit à la suite d'une ouverture spontanée, soit à la suite d'une ouverture pratiquée par l'art, le pus s'écoule, mêlé de lambeaux étendus de tissu cellulaire gangréné. Dans ce cas, la durée de l'érysipèle est très longue; il survient des clapiers, la peau se décolle, etc.; l'état général peut s'aggraver; le malade est alors atteint d'une diarrhée des plus opiniâtres, et très souvent il succombe, épuisé par une fièvre lente, ou par l'abondance de la suppuration.

L'érysipèle phlegmoneux peut se présenter avec des symptômes plus graves encore. C'est surtout quand, développé profondément, il est situé sous des aponévroses, qui, en s'opposant au gonflement des parties, produisent un étranglement toujours fâcheux : c'est ce que l'on observe pour les mains et pour les pieds. Les symptômes généraux sont alors très violens. Vers le second ou le troisième jour, la peau perd sa sensibilité; elle se couvre de taches violacées, sur lesquelles se développent des phlyctènes, et bientôt des eschares. Quand l'inflammation est peu étendue, ces eschares se détachent, et la guérison a lieu après une suppuration plus ou moins abondante. Mais quand cet érysipèle occupe une grande étendue, il existe alors une prostration générale, la langue est sèche, le pouls est fréquent, la diarrhée est abondante; on observe une profonde altération des traits du malade. Celui-ci est en proie à un délire taciturne, à des rêvasseries, et il succombe le plus ordinairement dans le côma.

Érysipèle gangréneux. — Nous venons de voir que la gangrène pouvait résulter de l'intensité de l'inflammation, ou plutôt qu'elle était quelquefois la terminaison de l'érysipèle phelgmoneux, surtout dans les cas où les aponévroses, s'opposant au développement des parties tuméfiées, il survenait de véritables étranglemens. Mais il y a une forme, et c'est celle qui constitue notre troisième espèce, forme qui est spécialement, essentiellement gangréneuse. On l'observe surtout chez les individus affaiblis, dont la constitution a été détériorée par la misère, les privations de toutes espèces, à la suite de fièvres graves; on l'observe encore, et principalement dans l'état puerpéral; enfin, dans quelques circonstances, son développement a pu être attribué à un état particulier, à une disposition comme spéciale de l'individu.

Une femme récemment accouchée, très grasse, à seins volumineux, était convalescente d'une fièvre puerpérale, qui avait été compliquée d'une inflammation grave des séreuses, lorsqu'elle fut prise d'une vive douleur du sein droit, autour du mamelon : il n'y avait d'abord aucune espèce de gonflement. Le lendemain, on observa de la rougeur avec une tuméfaction sensible, sous laquelle se développaient de petites phlyctenès; l'érysipèle s'étendit, et à mesure qu'il faisait des progrès, la peau, primitivement affectée, qui entourait le mamelon, perdit sa sensibilité; il se forma une eschare blanchâtre. Dès le troisième jour, la gangrène était bornée; la peau était frappée de mort dans tout l'espace qui séparait le mamelon des points où l'érysipèle s'était arrêté : cette surface était, en grande partie, celle du sein. Il n'y avait, d'ailleurs, aucune mauvaise odeur : peu-à-peu l'eschare se détacha par le travail de la suppuration; il en résulta une ulcération très large, dont la cicatrisation fut lente. Le second jour, le sein gauche fut pris de la même manière, mais l'érysipèle fut moins étendu : le mamelon et l'auréole restèrent intacts. J'ai observé un cas tout-à-fait analogue à l'hôpital Saint-Antoine.

J'ai vu l'érysipèle gangréneux se développer au visage chez un homme de trente-cinq ans, assez vigoureux d'ailleurs, à la suite d'un rhumatisme aigu.

Chez les vieillards, la grangrène sénile ne débute pas toujours par un point noir, précédé de douleurs plus ou moins vives; elle commence quelquefois franchement par un érysipèle.

Enfin, j'ai vu un érysipèle gangréneux se développer dans des circonstances particulières chez un malade, infiltré, à la suite d'une maladie de cœur. Cet homme, jeune encore, fut atteint d'un érysipèle qui, parti de la jambe gauche, gagna la cuisse du même côté, le scrotum, puis redescendit à la cuisse et à la jambe du côté droit. Il n'avait pas encore complétement disparu de ces dernières régions, quand on appliqua sur la partie latérale gauche de l'abdomen un large vésicatoire : le lendemain, la jambe droite se couvrit de phlyctènes noirâtres, après lesquelles survinrent des eschares, puis des ulcérations, enfin tous les symptômes d'un érysipèle gangréneux, auquel le malade succomba. Quelle part a pu avoir sur le développement de cet érysipèle le vésicatoire appliqué loin de là, et dont la surface ne se gangréna pas?....

A ces trois types peuvent se rapporter toutes les formes d'érysipèle, qui, comme je l'ai dit déjà, constituent, pour les auteurs, un grand nombre de variétés. Je me contenterai de mentionner les suivantes, qui semblent emprunter à leur siége un caractère comme spécial, et qui en tous cas ont une importance réelle.

Érysipèle de la face. J'ai déjà eu occasion de dire que l'érysipèle était surtout fréquent à la face, où il débute ordinairement d'un côté, au nez, aux oreilles, aux joues, pour de là s'étendre assez rapidement, et de proche en proche, de manière à envahir l'autre côté de la face, quelquefois le cuir chevelu et le cou lui-même. Cette forme est surtout très remarquable par le gonflement des points affectés. Les joues sont considérablement tuméfiées, le nez est déformé, les paupières peuvent acquérir un volume énorme, et alors la face ne présente plus que des traits méconnaissables. Quelquefois accompagnée d'accidens cérébraux, cette variété est toujours compliquée de céphalalgie, de rêvasseries, d'un léger délire. Il n'est pas très rare de la voir se terminer par suppuration; il se forme alors de petits abcès dans l'épaisseur des joues, des paupières; ou bien par gangrène, ce que l'on observe encore aux paupières, et quelquefois aussi aux oreilles. Le plus ordinairement, toutefois, l'érysipèle de la face, parcourant régulièrement ses périodes, arrive à son apogée vers le quatrième ou cinquième jour, et se termine le huitième par résolution.

Érysipèle du cuir chevelu. L'érysipèle du cuir chevelu est rarement borné à cette région. Il succède, dans la plupart des cas, à celui de la face; quelquefois, au contraire, mais plus rarement, cette dernière partie n'est envahie que secondairement. Dans quelques cas, l'érysipèle parcourt ses périodes, exactement limité au cuir chevelu. MM. Chomel et Blache en ont vu des exemples. J'en ai moi-même observé deux cas remarquables; mais ils constituent une exception très restreinte.

Cette variété débute à la manière des affections générales graves. Elle est ordinairement compliquée d'accidens cérébraux, toujours plus sérieux que ceux que l'on observe dans l'érysipèle de la face : ce sont ceux de la méningite. Le malade est pris alternativement de délire, de convulsions, de coma, etc.; le cuir chevelu présente une teinte rosée légère, une tuméfaction œdémateuse assez prononcée, et surtout une sensibilité des plus vives, qui résulte de la tension exagérée des parties, et qui s'éveille douloureusement sous l'influence du plus léger contact. Le pus se forme rapidement entre l'aponévrose occipito-frontale et le péricrâne : il peut y produire des accidens réellement graves. Fusant de toutes parts, il amène des décollemens étendus, des caries, des nécroses; et au milieu de tous ces désordres, la peau ne se gangrène ordinairement pas. Il faudrait, avec Dupuytren, attribuer cette circonstance à ce que les artères temporales, frontales et occipitales continuent à apporter à la peau une nourriture suffisante, alors même que la totalité du tissu cellulaire crânien est détruite, sa chute ne faisant pas cesser les communications artérielles avec la peau.

Érysipèle de la région ombilicale. Cette variété serait mieux appelée *érysipèle des nouveau-nés*, non pas seulement parce que c'est une maladie propre aux enfans, peu de temps après la naissance, mais parce qu'elle ne se développe pas toujours à la région ombilicale; on l'a attribuée, dans ce point, à des tractions malhabiles. Mais il est vrai que l'érysipèle des nouveau-nés, qui paraît se développer sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques de l'air, se développe aussi à la face et aux membres. Dans tous les cas, c'est une affection grave, et si on l'a vue guérir par résolution et par desquamation, c'est, à beaucoup près, la terminaison la plus rare. Le plus souvent, elle est compliquée de suppurations étendues, quelquefois de gangrène des parties génitales, et aussi de péritonite, ainsi que l'a observé M. Baron, qui la regarde comme presque absolument mortelle.

Enfin, l'érysipèle emprunte à certaines conditions étrangères un caractère comme spécial, qui constitue pour un grand nombre d'auteurs, des variétés particulières. A cette catégorie appartient l'*érysipèle traumatique*, maladie à part, toujours consécutive, et qui, sous des influences souvent difficilement appréciables, complique une solution de continuité; cet érysipèle, presque toujours phlegmoneux, est trop souvent accompagné d'accidens graves, de gangrène, de phlébite, de résorption purulente. Il commence aux environs de la plaie dont les bords se boursouflent en prenant une teinte violacée; il est accompagné d'une douleur très vive, d'un gonflement considérable des parties.

L'histoire de cette inflammation, toute spéciale, est entièrement liée d'ailleurs aux différences de formes, d'étendue, de gravité de la lésion de continuité, dont l'érysipèle n'est qu'une complication.

L'étude des lésions anatomiques de l'érysipèle a été jusqu'à présent entourée de grandes difficultés : ce que l'on comprend très bien en réfléchissant à l'obscurité qui règne encore sur la stucture de la peau elle-même, et sur les altérations variées que peut laisser après lui l'érysipèle, suivant son siége, sa nature et ses différens degrés. Quoi qu'il en soit, les résultats de l'observation anatomo-pathologique doivent faire diviser les altérations produites par l'érysipèle en trois catégories : celles qui appartiennent à la peau, celles du système lymphatique, et enfin les altérations des veines.

La rougeur, après la mort, est remplacée ordinairement par une teinte d'un blanc grisâtre : l'épiderme se décolle, dans ces points, avec facilité, et ces parties, comme empâtées, se laissent facilement et considérablement déprimer par la pression du doigt. Plus tard, la teinte grisâtre devient violacée, et les signes de la putréfaction s'y développent beaucoup plus tôt que partout ailleurs. D'un autre côté, et surtout quand l'érysipèle a été plus intense, ce sont les vaisseaux lymphatiques capillaires, et quelquefois même les troncs lymphatiques, qui présentent des altérations diverses produites par l'inflammation. D'autres fois, enfin, ce sont les veinules des tégumens qui sont affectées; on trouve une rougeur plus ou moins marquée à leur tunique interne : leur cavité est remplie de pus.

La valeur de ces diverses altérations a été différemment estimée par les auteurs. Ainsi, pour Sanson, celles que l'on observe à la peau étaient le caractère du premier degré de l'érysipèle; elles appartenaient à ce qu'il a appelé l'érysipèle proprement dit, ou *cutite;* la *lymphite* n'étant pour lui qu'un autre degré, ou même une autre forme. Pour M. Blandin, au contraire, les altérations proprement dites de l'érysipèle traduisent toujours l'inflammation des lymphatiques, la phlegmasie de la peau serait toujours consécutive à une lymphite capillaire. Enfin, pour beaucoup d'autres, et notamment pour M. Cruveilhier, pour Ribes, pour Copland, etc., le caractère pathologique de l'érysipèle serait dans l'inflammation des petites veines des tégumens. Aujourd'hui que l'anatomie de la peau a fait des progrès réels, il serait difficile de séparer ainsi ces altérations, pour en faire avec succès des formes différentes, et l'on comprendrait difficilement ce que l'on devrait entendre par une cutite, dont on distrairait l'inflammation des lymphatiques et des veines. La raison anatomo-pathologique de l'érysipèle est évidemment dans le réseau capillaire sanguin et lymphatique de la peau, avec prédominance de telle ou telle altération, suivant certaines conditions pathologiques plus ou moins appréciables pendant la vie.

Ajoutons qu'il ne s'agit ici que de l'érysipèle simple, et que l'on peut trouver, selon les complications et la nature différente de la maladie, le tissu cellulaire friable, infiltré de pus; de véritables foyers purulens plus ou moins étendus; des eschares gangréneuses, etc.

Causes. Comme il ressort de ce qui a été dit précédemment, l'érysipèle peut se manifester à tous les âges, bien qu'il soit, en général, plus fréquent dans la jeunesse et chez l'adulte; il semblerait aussi que certaines formes fussent plus particulières à certains âges; ainsi il a été permis d'apprécier la fréquence de l'érysipèle de la face chez les adultes, celle de l'érysipèle des membres chez les vieillards.

L'observation a semblé établir que l'érysipèle était plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, sur vingt malades, M. Chomel a trouvé treize femmes; sur quarante, M. Louis en a observé vingt-cinq; Frank en aurait vu seize sur vingt; mais d'un autre côté, sur six cent trente-trois individus affectés d'érysipèle, que le bureau central aurait admis en 1830 et 1831, il n'y aurait eu que trois cent vingt-six femmes, ce qui donne une proportion bien moindre, et, il faut le dire, bien plus probante. Quoi qu'il en soit, la finesse et la susceptibilité bien plus grande de la peau, expliqueraient très bien la préférence que l'érysipèle aurait pour le sexe féminin, qui serait encore, à raison de ses évacuations menstruelles, exposé surtout à l'érysipèle périodique.

Bien que Frank ait pensé que le développement de l'érysipèle était favorisé par le froid, il est vrai de dire qu'il est surtout fréquent au printemps et dans l'automne.

Si l'érysipèle affecte toutes les constitutions, il est facile de comprendre, qu'au point de vue de la forme, il doit être modifié selon qu'il attaque tel ou tel tempérament. Ainsi, on observera surtout la forme phlegmoneuse chez un malade jeune, vigoureux, sanguin; chez les individus lymphatiques, l'érysipèle sera plutôt œdémateux; il sera bilieux dans d'autres conditions; si enfin le malade est affaibli par l'âge, les excès ou les privations, l'érysipèle prendra surtout la forme gangréneuse.

On a observé que l'ingestion de certains alimens, de mauvais poissons, etc., aurait, dans certains cas, déterminé un érysipèle. C'est à cette influence qu'il faudrait reporter le fait de Hahnemann, qui ne pouvait se nourrir de chair d'oie sans être pris d'un érysipèle ulcéreux de la face (1).

L'apparition de l'érysipèle coïncide fréquemment avec des troubles plus ou moins profonds de la santé : il se déve-

(1) *Éphémérides des Curieux de la Nature*, vol. XI, Obs. 52.

loppe sous l'influence du travail de la dentition, d'un embarras gastrique, de quelques phlegmasies intestinales, sous celle du rhumatisme, de la goutte; il est favorisé par le travail de la menstruation, par l'état de grossesse, et l'on comprend que, dans toutes ces conditions, il ait une valeur bien différente tantôt comme symptôme, tantôt comme complication, tantôt comme crise, etc.

Les impressions morales vives, la frayeur, le chagrin, la colère, sont des causes fréquentes de l'érysipèle. On a rappelé souvent cette histoire, citée par Fallope (1), d'une femme qui était prise d'un érysipèle du nez toutes les fois qu'elle se mettait en colère.

L'insolation, et surtout le passage brusque du chaud au froid, ont été signalés par les auteurs comme une cause commune de l'érysipèle.

Enfin, une foule de causes externes, de causes locales, de causes directes peuvent occasionner l'inflammation érysipélateuse de la peau. Parmi ces causes, on a signalé les frictions stimulantes, les applications emplastiques de toute nature, les brûlures, les contusions, les piqûres, les opérations chirurgicales, les piqûres anatomiques, les morsures de sangsues : j'ai vu plusieurs fois l'inoculation du vaccin pratiquée chez des enfans trop jeunes, surtout quand on rapprochait des piqûres trop nombreuses, être suivie d'un érysipèle; dans deux cas, j'ai vu cet érysipèle grave devenir général et causer la mort de l'enfant.

Si maintenant on se demande quelle est la valeur absolue de toutes ces causes, on est conduit à l'examen d'une question grave, qui, aujourd'hui encore, partage les médecins. Pour les uns, pour MM. Chomel et Blache, par exemple, l'érysipèle ne serait jamais le résultat d'une cause externe, au moins celle-ci n'aurait qu'une part secondaire à son développement, pour lequel il faudrait toujours une disposition particulière : pour les autres, l'érysipèle pourrait être tantôt l'expression d'un état général, tantôt une maladie locale, simple, tout accidentelle. Sans doute, dans le plus grand nombre de cas, il faut admettre cette prédisposition particulière, qui joue un si grand rôle d'ailleurs, dans toutes les maladies; sans elle, on se rendrait difficilement compte de l'effet d'un grand nombre de causes, de l'ingestion de certains alimens, par exemple; mais il est difficile de ne pas accepter la possibilité d'une inflammation érysipélateuse de la peau, toute locale, et déterminée accidentellement par une influence irritante quelconque. Peut-être même, et ceci pourrait nous entraîner dans le domaine de la pathologie générale, la raison de l'intensité, de la gravité différentes de l'érysipèle, est-elle à-la-fois dans les conditions individuelles du malade et dans la nature de la cause qui a produit la maladie.

Plusieurs auteurs, et surtout en Angleterre, ont soutenu la propriété contagieuse de l'érysipèle. C'est l'opinion de Willan, de Dixon, de Lawrence, d'Arnott, qui tous ont cité des faits qui sembleraient établir la propagation par contact de cette maladie : c'était aussi celle de Lorry en France. D'un autre côté, J. Frank affirme que parmi les milliers d'érysipèles qu'il a vus, pas un seul n'arguait en faveur d'une cause contagieuse. Alibert et Biett n'en avaient jamais vu d'exemples. Aucun des pathologistes français, que je sache, ne croit à la contagion de l'érysipèle, et, pour ma part, je n'ai jamais observé un seul cas qui puisse me la faire admettre.

Il n'en est pas de même de l'influence épidémique, qui a été bien constatée à diverses époques, même par Hippocrate. Indépendamment des épidémies érysipélateuses graves, qui ont été observées et décrites avec soin, on voit fréquemment encore, et principalement en automne et au printemps, l'érysipèle se développer, soit dans les hôpitaux, soit en ville, sous la seule influence d'une constitution atmosphérique particulière.

Enfin, plusieurs auteurs ont signalé l'hérédité comme prédisposant à l'érysipèle. J'ai connu et je connais encore plusieurs personnes qui, depuis plusieurs années, sont atteintes, à différens intervalles, d'une inflammation érysipélateuse de la face, et qui toutes ont dans leur famille des antécédens, qui ne permettent pas de révoquer en doute la transmission héréditaire.

Diagnostic. Il serait difficile de confondre l'érysipèle vrai, simple, avec les autres exanthèmes, avec la rougeole, la scarlatine, l'urticaire. Alors même, que, sans parler des caractères qui sont fournis par la peau, le prurit de l'urticaire, les symptômes généraux, comme spéciaux, de la rougeole et de la scarlatine, ne suffiraient pas pour empêcher de les confondre, les symptômes locaux de chaque éruption ne pourraient permettre l'erreur. Il n'est peut-être pas aussi facile de distinguer, dans tous les cas, l'érythème et l'érysipèle vrai, qui, pour plusieurs auteurs, ne sont qu'une même maladie, à quelques degrés d'intensité près. Cependant, sans parler même des différences dans la manière d'être de l'éruption, on ne retrouve jamais dans l'érythème la chaleur, la douleur, et surtout la tuméfaction qui appartiennent constamment à l'érysipèle, si simple qu'il soit.

Nous avons vu déjà qu'il y a une forme de l'érythème, l'érythème noueux, qui a été regardé comme un érysipèle phlegmoneux, et qui, en effet, pourrait un instant en imposer pour cette affection. Rappelons rapidement que la facilité avec laquelle on circonscrit la tumeur de l'érythème noueux, sa marche, la bénignité des symptômes géné-

(1) *Opera omnia*, tome XI, page 100.

raux qui l'accompagnent, et surtout sa terminaison *constante* par résolution, sont des traits qui séparent complétement ces deux maladies.

On a souvent confondu l'érysipèle phlegmoneux avec le phlegmon diffus, et cependant dans le premier, l'inflammation commence toujours par la peau, ce qui constitue son caractère érysipélateux : ce n'est que secondairement qu'elle s'étend au tissu cellulaire. La marche du phlegmon diffus, ou érysipélateux, est tout-à-fait opposée : c'est le tissu cellulaire qui est enflammé d'abord, et déjà il est infiltré d'une plus ou moins grande quantité de pus, quand l'inflammation de la peau, ou l'érysipèle, se développe.

Enfin, vous distinguerez l'érysipèle phlegmoneux de la phlébite, à la rougeur rubanée qui, dans le dernier cas, suit le trajet des veines, à la différence de gravité des symptômes généraux, dont l'intensité, dans la phlébite, est si disproportionnée avec l'exiguïté, si je puis dire ainsi, du mal local. Vous le séparerez de l'angioleucite, à l'aide de caractères plus tranchés encore : ainsi l'inflammation des vaisseaux lymphatiques est disséminée; elle se montre par places séparées entre elles par des espaces où la peau est restée saine; elle se manifeste sous la forme de lignes peu larges, d'un rose foncé, reposant sur des surfaces empâtées, interrompue par des duretés douloureuses, compliquée d'engorgemens des ganglions lymphatiques, etc.

Pronostic. Il n'y a pas de maladie peut-être, dont le pronostic soit plus différemment apprécié des médecins que l'érysipèle. Pour les uns, c'est toujours une maladie fâcheuse, souvent grave; pour les autres, le pronostic, au contraire, est presque toujours favorable. Il est évident que l'érysipèle vrai, sans complication, et c'est à beaucoup près le plus fréquent, est une maladie sans gravité, le plus souvent légère. Le pronostic devient plus fâcheux, si la marche est irrégulière, si l'érysipèle est ambulant, vague, etc.; il l'est d'autant plus, que l'inflammation est plus étendue, qu'elle gagne plus profondément le tissu cellulaire, que les parties enflammées sont plus fortement bridées par des aponévroses. Il est grave dans l'érysipèle phlegmoneux, dans l'érysipèle gangréneux. Il est grave toutes les fois que l'inflammation de la peau se complique d'autres symptômes, et surtout d'accidens cérébraux ou d'un état général adynamique. Il est grave chez les vieillards et chez les enfans nouveau-nés. Il emprunte aussi à ses divers siéges un caractère différent de gravité; l'érysipèle de la face, et plus encore celui du cuir chevelu, est plus dangereux en général que celui qui se développe dans d'autres régions. Enfin, l'érysipèle a une gravité différente suivant les circonstances dans lesquelles il se développe : dans le cours, et surtout au début d'une affection aiguë, d'une pleurésie, d'une pneumonie, etc., il est ordinairement fatal; à la fin d'une maladie générale, plus ou moins grave et dans le cours d'une affection chronique, son apparition, au contraire, a été souvent une crise salutaire; ainsi dans la goutte, dans le rhumatisme; mais c'est surtout lorsqu'un érysipèle vient compliquer une autre maladie de la peau, qu'il produit dans les parties affectées une modification vraiment remarquable, et aussi des plus heureuses. J'ai vu plusieurs fois des eczémas chroniques qui résistaient depuis long-temps aux moyens les plus rationnels, marcher rapidement à la résolution, après être repassés par un état aigu, suscité accidentellement par un érysipèle. J'ai pu constater le même résultat pour l'impétigo; mais c'est principalement dans le lupus, et surtout dans le lupus avec hypertrophie, que j'ai surtout noté ces bons effets; la résolution des tubercules était alors singulièrement activée sous l'influence de l'inflammation érysipélateuse. Il semble qu'elle agisse ici à la manière de certains cathérétiques auxquels j'ai recours avec succès dans les mêmes circonstances.

Traitement. Le traitement de l'érysipèle a été l'objet de vives contestations, nées de la divergence des points de vue, auxquels se plaçaient ceux qui étudiaient cette maladie. Les uns, considérant l'érysipèle comme une inflammation simple de la peau, une maladie locale, ont cherché les moyens qui peuvent l'empêcher de se développer, et le détruire, pour ainsi dire, *in loco* : de là l'emploi d'un grand nombre de moyens abortifs. Les autres, voyant dans l'érysipèle une maladie presque toujours grave, ont cherché à lui opposer tout d'abord un traitement énergique, d'une part, pour en atténuer la gravité, de l'autre, pour en diminuer la durée. Enfin, l'érysipèle n'étant pour un grand nombre qu'une affection simple, et le plus ordinairement légère, on ne l'a combattu, dans la pluralité des cas, que par des moyens doux et simples aussi. Pour moi, je partage cette dernière opinion, et je ne puis voir dans l'érysipèle qu'une maladie analogue aux fièvres exanthématiques, qui doit fatalement parcourir ses périodes, et contre laquelle il est au moins inutile d'opposer des moyens abortifs. C'est en effet, et le plus ordinairement, une affection bénigne, qui ne réclame le plus souvent, qu'un traitement doux, tout émollient, en un mot, la médecine expectante des exanthèmes. Il est presque inutile de dire, que c'est d'ailleurs à la condition de se tenir en garde contre toutes les complications qui peuvent survenir, et aussi d'avoir égard, avant tout, mais par exception, à la thérapeutique plus active que peuvent réclamer *à priori* certains érysipèles plus graves, soit par leur nature, comme l'érysipèle gangréneux, soit par leur siége, comme l'érysipèle du cuir chevelu, celui des nouveau-nés.

On a depuis long-temps vanté les saignées dans le traitement de l'érysipèle, et de nos jours, M. Bouillaud les regarde comme un moyen non-seulement très utile, mais encore comme presque constamment indispensable, surtout au début de la maladie. Ce n'est pas l'opinion d'un grand nombre de praticiens, et entre autres, de MM. Andral,

Chomel et Louis. Pour moi, je n'ai recours à la saignée, dans le traitement de l'érysipèle, que pour remplir des indications particulières; ainsi, quand l'éruption se développe chez un individu très vigoureux, très sanguin, quand elle complique l'aménorrhée, ou quand elle est compliquée de symptômes cérébraux; en un mot, pour moi, la saignée ne fait pas essentiellement partie du traitement de l'érysipèle; mais dans un grand nombre de cas, et, je le répète, devant des indications accidentelles ou particulières, elle constitue un excellent moyen, auquel il est très utile d'avoir recours.

J'en dirai autant des saignées locales, pratiquées dans les environs de l'éruption et sur les ganglions lymphatiques voisins, comme le propose M. Blandin, et qui ne me semblent présenter de chances favorables que dans les érysipèles traumatiques. En général, elles sont inutiles, et ce reproche s'applique surtout à celles qui seraient faites sur la surface enflammée même; à plus forte raison faut-il rejeter l'emploi des scarifications, des piqûres sur les points où siége l'inflammation érysipélateuse, comme de moyens qui ne peuvent qu'augmenter la phlegmasie, et provoquer des complications graves, sans la moindre chance de diminuer la durée de la maladie.

On a vanté un grand nombre de topiques dans le but de calmer, d'adoucir l'inflammation. Ainsi on a proposé des applications émollientes, résolutives, réfrigérantes; des cataplasmes de farine de lin, de fécule de pomme de terre et d'eau de guimauve; des fomentations avec des décoctions de fleurs de sureau, des lotions alcooliques; des lotions avec l'eau de Goulard, avec une solution de sulfate de fer; enfin l'application du camphre, de l'eau froide, de la glace. De tous ces moyens, dont quelques-uns peuvent être applicables à l'érysipèle traumatique, les uns ne seraient pas toujours sans inconvéniens dans le traitement de l'érysipèle vrai, simple, et les autres, comme les topiques purement émolliens, seraient sans efficacité.

On a depuis long-temps employé aux États-Unis l'application de l'onguent mercuriel sur les surfaces érysipélateuses. Depuis, ce moyen a été expérimenté en France par beaucoup de médecins, et vanté surtout par M. Velpeau, qui a fini par reconnaître qu'il ne présentait pas d'avantages réels; par M. Ricord, qui le regarde comme le moyen le plus efficace que l'on puisse opposer à l'érysipèle, dans tous les cas. M. Ricord recouvre tout d'abord toute la surface érysipélateuse d'une couche d'onguent mercuriel double, étalé par simple onction, et suffisant pour cacher toute la surface malade, pour la déborder même et en masquer la couleur. Il est rare que plus de six onctions lui aient été nécessaires; deux ou trois lui ont suffi ordinairement. L'emploi de l'onguent mercuriel a été expérimenté depuis assez long-temps et par un assez grand nombre de médecins, pour que cette question puisse être jugée, et l'on croit généralement, avec MM. Chomel et Blache, que la plupart des guérisons attribuées à l'onguent mercuriel sont dues à la marche de la maladie : c'est un moyen tout-à-fait impuissant pour arrêter les progrès de l'inflammation érysipélateuse. Il faut en dire autant des lotions mercurielles, de plusieurs pommades, et même de l'axonge, qui ont été proposées dans le même but.

Sous le nom de méthode ectrotique, et d'après les expériences de John Higginbottom, qui aurait réussi à arrêter immédiatement la marche et les progrès de l'inflammation, en cautérisant avec le nitrate d'argent la surface érysipélateuse, on a proposé cette cautérisation pour faire avorter l'érysipèle. C'est, il faut le dire, un moyen dangereux, et dont l'emploi, jusqu'à présent, ne se recommande pas par des observations précises et authentiques.

Il n'en est pas de même de la cautérisation pour borner un érysipèle ambulant : M. Velpeau s'en est servi plusieurs fois avec succès; j'ai vu Biett y avoir recours dans plusieurs cas, même graves, et remplacer avantageusement le nitrate d'argent par le nitrate acide de mercure. Il n'est pas rare, en effet, lorsqu'on veut opposer aux progrès d'un érysipèle ambulant des limites tracées par la cautérisation avec le nitrate d'argent, il n'est pas rare, dis-je, de voir l'érysipèle franchir la barrière, quand le crayon de nitrate d'argent a été appliqué trop superficiellement, et surtout trop près des surfaces enflammées. C'est dans le même but seulement, ou plutôt pour fixer l'érysipèle, que l'on peut, dans quelques cas rares, avoir recours, comme on l'a proposé, aux sinapismes, aux vésicatoires, aux moxas, au cautère actuel appliqués sur la surface malade. Mais ces moyens, comme les précédens, doivent être rejetés à titre d'abortifs. Quant aux vésicatoires, dont je viens de parler à l'instant, et dont l'emploi, bien qu'on le fasse remonter jusqu'au dix-septième siècle, a été surtout recommandé et proposé par Dupuytren, c'est un moyen, si je puis dire ainsi, tout chirurgical, et dont l'application semblerait devoir être réservée au traitement de l'érysipèle phlegmoneux.

Ces moyens, que nous venons d'examiner rapidement, considérés comme agens de traitement d'une méthode générale appliquée à l'érysipèle, et surtout comme abortifs, titre sous lequel ils ont été recommandés pour la plupart, sont tous complétement inutiles, et quelques-uns même ne seraient pas toujours sans dangers. Un grand nombre d'entre eux peuvent au contraire être utiles pour remplir des indications particulières, surtout dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux, de l'érysipèle traumatique. Or, en m'occupant ainsi du traitement de l'érysipèle en général, il va sans dire que je ne parle jusqu'ici que de l'érysipèle vrai, que de l'érysipèle simple. M. Bassereau dit, dans le *Journal hebdomadaire* (tome III, page 92), que sur 89 cas d'érysipèle simple, qu'il a observés dans l'espace de trois ans, M. Velpeau en a traité 9 par l'onguent mercuriel, 5 par la graisse pure, 12 par les vomitifs et les purgatifs, 18 par les vésicatoires, 14 par les émissions sanguines, 7 par les cautérisations, 2 par les incisions, 22 par les émolliens seuls, sans qu'il ait réussi, non pas à arrêter complétement la marche de la maladie, mais même à l'entraver d'une manière appréciable.

Le traitement de l'érysipèle vrai, simple, et c'est de beaucoup le plus fréquent, consiste donc dans la thérapeutique la plus simple : ainsi, le repos, l'emploi de quelques boissons émollientes et la diète.

Si, au contraire, il est irrégulier dans sa marche, s'il se complique de symptômes d'embarras gastrique, s'il est entravé par des accidens plus ou moins graves, il faudra lui opposer des moyens en rapport avec les indications spéciales. C'est alors qu'il pourra être utile d'avoir recours à l'emploi des agens que nous avons examinés plus haut, et qui sont capables de le limiter, d'en arrêter les progrès, à la cautérisation, etc. : c'est alors qu'il pourra être utile, pour combattre un embarras gastrique, un état bilieux, d'administrer, dès le début, un vomitif ou un éméto-cathartique, suivant une méthode qui a été vantée depuis long-temps, surtout dans le traitement de l'érysipèle de la face, dont on a eu tort, il est vrai, de trop généraliser l'application, mais qui, dans un grand nombre de cas, a été fort utile. Il est surtout avantageux, quand on a fait prendre un vomitif au début, d'administrer plus tard un purgatif. C'est alors que, pour prévenir des accidens inflammatoires, des symptômes cérébraux imminens, on pratiquera avantageusement une ou plusieurs émissions sanguines générales; c'est alors aussi que, dans quelques cas plus rares, et qui rentrent dans la catégorie de ceux qui appartiennent à l'érysipèle gangréneux, on aura utilement recours aux amers, aux toniques, au vin de quinquina. En un mot, le traitement devra varier suivant les complications dont l'érysipèle serait accompagné, et les symptômes généraux qui apparaîtraient pendant le cours de la maladie.

L'érysipèle phlegmoneux, contrairement à l'érysipèle vrai, réclame de bonne heure un traitement énergique, qui devra être modifié encore suivant l'étendue, suivant le siége de l'inflammation, et aussi suivant l'état général auquel est applicable, d'ailleurs, tout ce que nous venons de dire pour l'érysipèle vrai. Ajoutons qu'ici encore, et même avec plus de raison que pour l'érysipèle vrai, il faut se défier de l'espoir fallacieux qu'inspirerait un traitement abortif, dans lequel nous retrouvons les vésicatoires, la compression recommandée par plusieurs chirurgiens, et dont, dans le plus grand nombre des cas, le moindre inconvénient est de faire perdre un temps précieux. Mais pour combattre l'érysipèle phlegmoneux, il faut, le plus ordinairement, avoir recours à des saignées générales, à des évacuations sanguines locales; c'est ici que des applications topiques émollientes sont utiles; enfin, il est avantageux, souvent urgent, de pratiquer à temps des incisions plus ou moins nombreuses, des débridemens plus ou moins profonds, et d'avoir recours à une foule de soins qui composent un traitement chirurgical, dans les détails duquel il est inutile d'entrer ici.

L'érysipèle gangréneux réclame aussi l'emploi de quelques moyens particuliers; il est souvent utile de restaurer la constitution du malade par une alimentation substantielle, par des vins généreux; de le soumettre à un traitement tonique, composé d'infusions amères, de décoctions ou de vin de quinquina, de boissons acidulées, etc. L'emploi de ces moyens doit être aidé par des applications topiques, choisies dans le même sens : c'est ainsi qu'il est utile, dans les premiers temps, d'appliquer des cataplasmes de quinquina ou de charbon, plus tard d'activer les plaies gangrénées par des lotions aromatiques, chlorurées, par l'application de poudre de quinquina, de camphre, etc.

En résumé, il n'y a pas de traitement général applicable à l'érysipèle; il n'y a point surtout de méthode qui puisse et qui doive être considérée comme abortive. L'érysipèle est une inflammation exanthématique, sur la marche fatale de laquelle on n'a point de prise; *vrai*, il ne réclame que l'emploi de moyens doux, simples, ce qui constitue la médecine expectante proprement dite; un traitement actif n'est applicable que par exception aux accidens qui peuvent le compliquer; *phlegmoneux*, il est soumis à-peu-près aux mêmes lois de thérapeutique, au point de vue du traitement général; mais, d'une part, il réclame le plus souvent un traitement antiphlogistique actif, non pas pour faire avorter l'inflammation érysipélateuse, mais pour empêcher, diminuer ou arrêter les progrès de la suppuration; d'un autre côté, il réclame un traitement chirurgical tout spécial; *gangréneux*, il doit être combattu à-la-fois par des moyens intérieurs et par des topiques, destinés les uns et les autres au même but, à relever les forces du malade, à tonifier et l'état général et l'état local.

URTICAIRE.

Nous avons à étudier ici l'histoire d'un exanthème, qui n'est plus seulement, et surtout, caractérisé par de la rougeur, comme l'érythème et l'érysipèle, mais qui présente de véritables efflorescences ou élevures bien proéminentes, d'une forme et d'une étendue variables, le plus souvent irrégulières, et présentant cela de remarquable qu'elles peuvent être ou plus blanches ou plus rouges que le reste de la peau. Dans tous les cas, elles reposent sur une aréole d'un rouge plus ou moins foncé; très fugaces, elles sont le siége d'un prurit plus ou moins intense, toujours incommode.

L'Urticaire a été connue et décrite dans tous les temps; aussi a-t-elle reçu, à diverses époques, un assez grand nombre de dénominations différentes. Si l'on descend toute l'échelle de l'histoire des maladies de la peau, on retrouve cette affection dans les *aspritudo* de Celse, *essera*, *sora* des Arabes, *porcellana* de Lieutaud, *purpura urticata*

de Junker, *febris urticata* de Vogel, *scarlatina urticata* de Sauvages; c'est enfin le *cnidosis* d'Alibert, l'*urticaria* de Willan.

Prise au point de vue général, l'urticaire peut se présenter sous deux aspects bien différens, selon qu'elle existe ou à l'état aigu ou à l'état chronique. Dans le premier cas, elle a une durée limitée qui varie de un à deux septénaires; dans le second, c'est une maladie qui peut persister pendant des mois, et même des années. La chronicité de l'urticaire ne consiste pas dans la persistance isolée et indéfinie des plaques, mais dans le retour, à des époques variables, d'éruptions successives, qui affectent tantôt un point, tantôt un autre, et qui ont individuellement une durée généralement éphémère. On peut rapporter à ces deux types toutes les variétés admises par Willan.

L'urticaire aiguë, appelée aussi urticaire fébrile, fièvre ortiée, est précédée pendant quelques jours de symptômes généraux assez remarquables. Le malade est tourmenté de céphalalgie, de douleurs épigastriques, de nausées et d'anxiété : il éprouve de légères horripilations, et déjà, avant que rien trahisse au-dehors l'éruption qui va se faire, il ressent un prurit général plus marqué, surtout aux points que l'urticaire doit affecter; le malade perçoit enfin une sensation de chaleur sur toute la surface du corps..... Ces prodrômes persistent, avec une intensité variable, pendant vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures; puis les plaques caractéristiques de la maladie se montrent souvent là où le malade s'est surtout gratté, bien qu'elles affectent d'ailleurs de prédilection les épaules, les lombes, la face antérieure de l'avant-bras, les cuisses, le tour des genoux. Ces plaques se présentent sous la forme de petites élevures, soit rouges, soit blanchâtres comme des ampoules ortiées, mais entourées toujours d'une aréole d'un rouge vif ou cramoisi. L'aspect général de la maladie résultant de la disposition des plaques peut présenter quelques différences très tranchées : ou bien isolées, et jetées çà et là, les élevures sont réunies par petits groupes de deux, de trois, de quatre au plus; ou bien elles sont si nombreuses, qu'elles deviennent confluentes; ou bien enfin l'éruption peut, dans certains cas, affecter un caractère de généralité remarquable, surtout par la rougeur très intense de la peau. Quant aux élevures, considérées individuellement, elles sont proéminentes, aplaties, quelquefois assez bien arrondies, le plus souvent irrégulières, d'une grandeur qui varie depuis 8 à 10 millimètres jusqu'à 3 centimètres, quelquefois plus, quand les plaques, allongées, présentent l'aspect des traces de la flagellation. La durée individuelle de ces plaques varie depuis quelques minutes jusqu'à quelques heures; le plus souvent, elles disparaissent avec la même rapidité qu'elles ont présentée dans leur développement. L'éruption en elle-même est donc, dans presque tous les cas, très fugace; mais l'urticaire ne finit pas avec la disparition des plaques : elle est entretenue, même à l'état aigu, par des poussées successives, qui se succèdent avec plus ou moins de rapidité, sur différens points, de manière à ce que la maladie persiste, soit que changeant à chaque instant de place, elle quitte un point pour reparaître sur un autre, mais sans cesser jamais entièrement; soit, qu'au contraire, disparaissant tout-à-fait et tout d'un coup, elle se développe de nouveau sur les mêmes points, après un intervalle plus ou moins long. Dans ce dernier cas, son retour a lieu surtout le soir, et il est marqué par une légère exacerbation des symptômes généraux; d'un autre côté, chaque éruption nouvelle est précédée et accompagnée d'une augmentation de prurit. Ces crises se manifestent ordinairement sans cause bien appréciable : quant aux plaques elles-mêmes, le malade peut en déterminer le retour, seulement par l'action de se gratter.

Ainsi le développement subit de plaques rouges, avec accélération du pouls, un peu de douleur à l'épigastre et un prurit plus ou moins violent, une sensation de fourmillement incommode, quelquefois un peu de tension pénible à la peau : voilà ce qui constitue, ce que l'on peut appeler un accès de fièvre ortiée; la succession de ces accès à des intervalles plus ou moins rapprochés, pendant un temps limité : voilà en quoi consiste l'urticaire aiguë. Cette forme dure, comme je l'ai déjà dit, de un à deux septénaires, pendant lesquels prédominent certains symptômes généraux, tels que l'anorexie, la fièvre, un embarras gastrique plus ou moins prononcé. On les voit bientôt disparaître peu-à-peu, et à mesure qu'ils s'amoindrissent, le prurit s'éteint, les éruptions deviennent plus rares, plus fugaces encore, et la maladie se termine sans laisser aucune trace, si ce n'est une desquamation légère, que l'on a signalée dans quelques cas rares, et qui ne saurait être attribuée qu'à une espèce d'érythème, qui aurait accompagné certaines plaques confluentes.

L'urticaire aiguë se développe souvent sous l'influence de l'ingestion de certains alimens, des moules, par exemple : dans ces cas, la maladie peut apparaître au bout de quelques heures, avec les symptômes décrits plus haut, mais, en général, avec une confluence bien plus grande, et avec une raideur marquée : ils sont accompagnés aussi de vomissemens et de déjections alvines; ordinairement alors le malade éprouve, une ou deux heures après l'ingestion de ces alimens, un sentiment très incommode de pesanteur à l'épigastre, des vertiges, des nausées, un abattement général : la peau devient chaude, et l'éruption paraît accompagnée d'un gonflement toujours considérable; dans quelques cas aussi, les plaques saillantes sont mêlées de taches érythémateuses plus ou moins étendues.

L'urticaire aiguë se présente enfin avec un caractère d'intermittence remarquable : j'en ai observé plusieurs cas, qui cédèrent à l'emploi des anti-périodiques, du sulfate de quinine, par exemple; mais ce caractère appartient surtout à une forme de l'urticaire chronique, que nous allons décrire bientôt.

Il arrive que la durée de l'urticaire se prolonge pendant des mois, et même des années : c'est alors l'urticaire chronique. Cette forme est, comme l'urticaire aiguë, constituée par une suite de symptômes ou plutôt d'éruptions

partielles, qui peuvent alors se succéder indéfiniment; mais la maladie, dans ce cas, ne coïncide pas avec des troubles généraux bien appréciables; chaque accès n'est plus annoncé par des symptômes précurseurs, et rien n'est plus ordinaire que de voir les malades jouir d'une bonne santé apparente. Prises individuellement, les éruptions de l'urticaire chronique sont éphémères aussi; mais cependant elles ont un peu plus de persistance qu'à l'état aigu : ainsi elles peuvent durer de quelques heures à quelques jours. Elles peuvent se comporter de deux manières, selon qu'elles se montrent successivement, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, ou, qu'affectant sans cesse les mêmes points, elles s'y développent successivement aussi, et à divers intervalles. C'est surtout dans cette forme que les élevures ortiées sont irrégulières : quelquefois longitudinales, elles peuvent, jusqu'à un certain point, simuler les traces de la flagellation, de coups de fouet dont serait sillonné le visage, qui est assez souvent le siége de prédilection de l'urticaire chronique. Si les symptômes généraux manquent dans cette variété, il est remarquable aussi que les symptômes locaux sont moins intenses. Ainsi, il y a moins de chaleur, il n'y a pas de cuisson, et le seul phénomène qui accompagne la maladie est un prurit ordinairement des plus incommodes. Entretenue ainsi par des éruptions successives, l'urticaire chronique peut durer pendant un temps infini; elle peut résister à tous les moyens employés pour la combattre; j'en ai vu, avec Biett, un cas qui durait depuis sept années. Alors l'urticaire paraît bien évidemment liée à un état morbide des organes digestifs, et surtout de l'estomac.

Willan, et, après lui, Biett, avaient cru devoir admettre une espèce d'urticaire chronique, paraissant aussi par bouffées successives, mais caractérisée seulement par un prurit comme sous-cutané, sans élevures ou efflorescences, sans changement de couleur à la peau. C'était ce que Willan appelait l'*urticaria subcutanea*. Dans ce cas, le prurit serait plus persistant, et se changerait, parfois et par place, en une sensation de douleur très aiguë, comme si une aiguille était enfoncée dans la peau : cette forme paraîtrait se développer aussi sous l'influence d'affections morales vives, d'un changement brusque de température, et je l'ai moi-même décrite comme une variété de l'urticaire; mais j'ai cru, après un sérieux examen, devoir la faire rentrer dans la classe des lésions de la sensibilité de la peau, où nous la retrouverons plus tard : c'était là bien évidemment sa véritable place.

L'urticaire chronique peut enfin, dans quelques cas rares, il est vrai, se présenter avec une gravité réelle, avec des phénomènes généraux d'une intensité remarquable, des caractères locaux bien tranchés, et surtout avec un type intermittent, qui la rendent au plus haut point curieuse et intéressante : elle constitue alors l'urticaire tubéreuse (*urticaria tuberosa*, de Willan). Cette forme, fort peu connue avant ces derniers temps, n'a été, jusqu'à présent, que très imparfaitement décrite, la gravité de ses symptômes ayant masqué pendant long-temps sa nature véritable. Dans ce cas, l'urticaire chronique présente, au lieu de proéminences plus ou moins irrégulières, mais peu saillantes, de véritables tumeurs, des tubérosités profondes, étendues, accompagnées de gêne dans les mouvemens, de tension, et aussi de douleurs vives. J'ai vu plusieurs fois ces tumeurs se compliquer de véritables taches purpurines, d'ecchymoses; elles présentaient alors une teinte d'un brun livide bien remarquable. Quant à leurs formes, elles sont plutôt allongées qu'exactement arrondies; elles sont rénitentes, et accusent un épanchement de sang dans l'appareil sous-cutané. La marche de cette variété est surtout intermittente; le plus souvent, l'éruption revient tous les jours, le soir, persiste pendant la nuit, et laisse au matin le malade abattu, brisé, se plaignant de lassitude générale, de douleurs contusives profondes.

J'ai dit que cette forme était peu connue; j'en ai vu le premier exemple en 1827, avec Biett (1). Depuis, j'en ai observé un assez grand nombre de cas, et, entre autres, un fort curieux, que j'ai suivi dans mes salles, et dont je vais présenter l'histoire en quelques mots.

Au mois de juillet 1841, est entré à Saint-Louis le nommé L....., âgé de quarante ans, d'une constitution un peu détériorée, d'un tempérament bilioso-nerveux, présentant tous les caractères du pourpre, mais avec un ensemble de phénomènes extraordinaires, qui nous conduisirent à un diagnostic plus rationnel.

Ce malade, traité d'abord en ville pour une syphilis secondaire, présentait les symptômes suivans:

Sur toute la surface des membres supérieurs et inférieurs, à des époques et sur des places qui n'avaient rien de fixe, apparaissaient assez brusquement des saillies de forme et d'étendue variables, oblongues, sphériques, globuleuses et distendant plus ou moins profondément les tégumens. Un peu avant et pendant l'invasion, le malade disait éprouver dans le membre attaqué des sensations indéfinissables de fermentation et de bouillonnement. Ces tumeurs ou ces palpules exagérées étaient, au début, d'une rénitence remarquable et complétement indolentes; la peau ne présentait d'abord qu'une teinte érythémateuse; mais bientôt il se faisait sans doute un véritable épanchement sous-cutané, et la maladie offrait alors tous les caractères de taches purpurines. Cette affection présentait d'ailleurs quelques circonstances particulières : la face et le tronc, à l'exception des organes génitaux, avaient été constamment respectés; à la verge, les attaques affectaient une périodicité tout-à-fait régulière. Tous les neuf jours, pendant la nuit, le malade était certain d'en éprouver une; il l'annonçait à l'avance, et plus d'une fois son assertion fut vérifiée. Après l'emploi infructueux de plusieurs moyens, cet homme fut mis à l'usage de la solution de Fowler, et, après quelques jours seule-

(1) Voir l'observation à la fin de l'histoire de l'urticaire, observation déjà publiée. *Nouvelle Bibliothèque médicale*, n° d'octobre 1827.



Bocourt pinx. Gérard color. Oudet sculp.

Urticaire

ment de traitement, il était si complétement guéri, qu'il demanda sa sortie, à notre grand regret, s'estimant trop heureux, lui qui, depuis deux ans, n'avait pas passé un seul jour sans éprouver quelques symptômes plus ou moins graves. J'ai su depuis qu'il avait éprouvé plusieurs rechutes qui cédèrent aux arsénicaux.

Si l'urticaire se développe, surtout sur certains points, comme les épaules, les lombes, etc., elle peut affecter également toutes les parties de l'enveloppe cutanée, et en général elle n'a pas de siége exclusif. Quant à la marche de la maladie, elle est surtout remarquable par la mobilité de l'éruption, si l'on peut parler ainsi, par la facilité et aussi la promptitude avec lesquelles elle passe d'un point à un autre. Ce caractère se retrouve, comme nous l'avons vu, et à l'état aigu, et à l'état chronique.

Causes. — L'étude des causes de l'urticaire présente un assez grand intérêt. Se développant facilement sous des influences externes et directes, elle affecte de préférence les femmes, les enfans, tous les sujets enfin chez lesquels la peau, fine et délicate, est influencée par le moindre contact, chez lesquels aussi elle est facilement le reflet de troubles intérieurs. On a depuis long-temps signalé ce résultat après l'application des feuilles de l'*urtica dioica*, le contact de certaines chenilles, etc.; mais il est des personnes dont la peau est tellement susceptible, qu'elle ne peut souffrir le moindre frottement, la moindre pression sans se couvrir de larges traînées, semblables à celles qui résulteraient de la flagellation. Il semble dans ce cas, que la maladie soit aussi légère qu'elle est prompte à se développer : elle a ordinairement une durée des plus courtes, de quelques heures à peine, de quelques minutes souvent.

S'il est facile de se rendre compte de cette sorte de prédisposition locale de la peau à être affectée de plaques ortiées, il est bien difficile, d'un autre côté, d'expliquer l'influence de la prédisposition générale à cette maladie : elle existe cependant, et d'une manière des plus tranchées. Ainsi, chez certains enfans, l'urticaire peut être déterminée par le travail de la dentition; chez les adultes, elle peut se développer après les affections morales vives, après des excès de table, chez quelques personnes enfin on la voit apparaître après l'ingestion de certains alimens. C'est ici surtout qu'il faut reconnaître cette influence que je signalais tout-à-l'heure, influence d'autant plus bizarre, qu'elle peut se manifester après l'ingestion des substances les plus disparates; ainsi l'éruption ortiée se fera aussi bien après l'usage de la viande de porc qu'après celui du miel; les amandes, les concombres, les champignons, produisent le même résultat. Mais les alimens qui possèdent au plus haut degré cette propriété singulière, sont, sans contredit, les écrevisses, le homard, les œufs de certains poissons, différentes espèces de poissons fumés ou salés; mais surtout les moules, qui déterminent quelquefois, plusieurs heures après l'ingestion, une sorte d'empoisonnement grave, avec menace d'asphyxie, mais surtout l'apparition d'une urticaire, toujours très confluente. On a cherché à expliquer ces phénomènes en supposant que la chair de poisson agissait à raison d'un état de putréfaction plus ou moins avancée; que, quant aux moules, leur influence venait de la présence d'un insecte particulier. Cette supposition ne peut avoir aucune valeur, si l'on considère que l'urticaire ne se développe pas chez toutes les personnes qui s'ingèrent ces substances, et que le même effet est constant chez quelques-unes; prédilection inexplicable, si l'on veut, mais qui ne peut concorder qu'avec une prédisposition individuelle générale, prédisposition que l'on retrouve d'ailleurs aussi clairement influente dans un grand nombre de maladies de la peau. On remarque d'ailleurs les mêmes effets, moindres il est vrai, après l'ingestion de certains médicamens. Frank les a signalés après l'usage de la valériane, et même de l'eau de seltz; Biett les a observés souvent après l'emploi du baume de copahu.

L'urticaire affecte tous les âges, mais particulièrement la jeunesse et l'âge adulte. Commune aux deux sexes, elle est plus fréquente chez les femmes, ce qui coïncide avec sa prédilection habituelle pour les personnes dont la peau est fine et délicate, et qui ont un tempérament nerveux. Elle est enfin plus fréquente au printemps et pendant l'été, époques où elle semblerait même revêtir la forme épidémique. Il faut reconnaître cependant, avec Frank, que le froid lui-même peut, agissant comme cause extérieure, déterminer le développement des plaques ortiées.

L'urticaire n'est jamais une affection contagieuse.

L'urticaire chronique peut être produite et entretenue par des troubles généraux du côté des organes digestifs : l'urticaire tubéreuse apparaît fréquemment sous l'influence des excès de régime, qui tendent au moins à l'aggraver, à la prolonger indéfiniment.

L'éruption ortiée peut enfin être symptomatique d'autres affections, surtout de quelques fièvres intermittentes; elle peut aussi compliquer d'autres formes de maladies de la peau, et notamment le *lichen*.

Diagnostic. — Les élevures larges, bien caractérisées en général de l'urticaire, leur développement, leur marche, constituent des signes bien distincts, qui en rendent le diagnostic facile dans la plupart des cas.

Et d'abord, on ne pourra la confondre avec aucune autre forme exanthématique, à raison de ses plaques élevées, saillantes, qui lui appartiennent en propre. On pourrait éprouver quelques difficultés à la séparer de la variété du lichen, qu'on appelle *lichen urticans;* mais, dans ce dernier cas, le prurit est plus intense encore que dans l'urticaire : les élevures ne reposent pas sur une large aréole érythémateuse; elles sont aussi plus dures, plus saillantes, plus régulières que dans l'éruption ortiée : elles constituent enfin de véritables papules arrondies, résistantes, tandis que, dans l'urticaire, ce sont des plaques élevées, mais aplaties, irrégulières, et d'ailleurs d'une teinte rose foncée.

L'urticaire tubéreuse pourrait être confondue avec l'érythème noueux, quand elle existe avec ses tumeurs; mais on séparera toujours ces deux affections, si l'on se rappelle que l'érythème est une forme toujours aiguë, affectant une marche continue et persistante, tandis que cette variété de l'urticaire se présente, surtout à l'état chronique, avec le type intermittent.

Quand l'urticaire tubéreuse, à son déclin, est constituée seulement par des taches ecchymotiques, on pourrait la confondre alors avec le pourpre; mais la marche de la maladie, l'existence antérieure des tubérosités, etc., tout tendrait à faire distinguer facilement ces deux affections.

Pronostic. — L'urticaire n'est jamais, en général, une maladie grave. Cependant la forme tubéreuse peut, dans certains cas, présenter un caractère fâcheux, d'abord par son opiniâtreté, et aussi par la nature des symptômes généraux qui présentent une apparence de gravité, bien que, même alors, elle n'offre pas tous les dangers que semblerait annoncer l'appareil d'accidens qui l'accompagnent.

Traitement. — L'urticaire aiguë, développée sous l'influence de causes accidentelles, ne réclame qu'un traitement très simple, si, ce qui a lieu le plus souvent, elle ne guérit pas toute seule. Le repos, les boissons rafraîchissantes, quelques lotions acidulées, des bains tièdes ou frais, enfin de légers laxatifs, suffisent ordinairement pour faire disparaître l'éruption. S'il y avait quelque persistance, si les démangeaisons étaient très vives, on aurait recours à des lotions avec l'eau végéto-minérale, avec une dissolution de sous-carbonate de potasse; à des bains légèrement alcalins ou gélatineux.

L'urticaire fébrile réclame aussi l'emploi de boissons rafraîchissantes, de bains tièdes, et surtout un régime sévère. Si elle affecte des individus jeunes, sanguins, on peut recourir à quelques évacuations sanguines générales. De légers purgatifs sont souvent utiles, surtout à la fin de l'éruption.

Quand l'urticaire est produite par l'ingestion de certains alimens, il faut se hâter de provoquer le vomissement, s'il n'a eu lieu spontanément. C'est alors que sont indiquées les lotions fortement acidulées. Dans l'empoisonnement par les moules, on administre avec avantage l'éther sulfurique (20 à 30 gouttes sur un morceau de sucre toutes les demi-heures).

L'urticaire chronique cède quelquefois très difficilement aux moyens les plus rationnels. Il faut étudier avec soin les rapports qui pourraient exister entre l'éruption et certains troubles généraux qu'il deviendrait nécessaire de combattre, écarter toutes les influences qui pourraient entretenir la maladie, ou la faire reparaître indéfiniment; c'est alors surtout qu'il est important d'insister sur le régime. Localement, on emploie des lotions alcalines ou acidulées, des bains simples ou mieux alcalins, ou mieux encore des bains ou des douches de vapeur, si l'affection est bien limitée. Le traitement général consistera dans des évacuations sanguines, générales, si l'on a affaire à des individus pléthoriques, à des femmes mal réglées; dans l'emploi des purgatifs, des boissons acidulées. C'est dans les cas d'urticaire chronique, qu'il est utile aussi d'avoir recours à certaines eaux minérales, surtout aux eaux de Néris, et de Saint-Gervais. Si l'urticaire se présente sous la forme d'une fièvre intermittente, on la combattra par une médication appropriée, par le sulfate de quinine.

J'ai toujours été obligé pour combattre l'urticaire tubéreuse d'en venir à l'emploi des préparations arsénicales qui agissent ici comme anti-périodiques. J'ai obtenu des succès remarquables par l'administration, soit de la solution de Pearson, soit de la solution de Fowler.

5e Observation. — *Urticaire tubéreuse intermittente, avec accès fébrile, qui a duré plusieurs années, et qui, après avoir disparu plusieurs fois sous l'influence du sulfate de quinine, et s'être manifestée de nouveau, a enfin complétement cédé à la solution de Fowler.* — Jean-Jacques Martin D....., âgé de trente-trois ans, garçon menuisier, demeurant rue du Faubourg-Saint-Antoine, n° 88, entra à l'hôpital Saint-Louis le 2 décembre 1825, et en sortit (trois cent trente-trois jours de séjour) le 1er novembre 1826.

Le nommé D....., d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez bonne pour n'avoir pas été détériorée par quatre ans de souffrances et de traitemens divers, mais s'adonnant fréquemment à des excès de boissons, eut la gale il y a quatre ans, et la guérit en huit jours à l'aide de lotions irritantes dont il ignorait la composition, lotions faites sur tous les points occupés par les vésicules. Le huitième jour, pour compléter son traitement et se nettoyer entièrement la peau, il venait de prendre son bain, lorsqu'il ressentit les premières atteintes de sa maladie, qui, sans avoir jamais cessé complétement un seul jour, le tourmente encore aujourd'hui, jour de son entrée dans la division de M. le docteur Biett, à l'hôpital Saint-Louis (c'est-à-dire plus de quatre ans après).

Il fut saisi d'un frisson assez intense, qui fut suivi d'une chaleur âcre, à laquelle succéda une sueur abondante; en même temps le coude et le genou gauche devinrent le siége d'un gonflement douloureux : la peau, dans ces parties, présenta des espèces de nodosités irrégulières, d'un rouge vif, accompagnées d'une chaleur et de picotemens tellement insupportables, qu'il semblait au malade que le sang allait jaillir à travers les pores de la peau. Cet état, auquel on peut, comme on le voit, donner véritablement le nom d'accès, dénomination qui sera d'ailleurs bien justifiée par la suite, dura huit heures; le lendemain, car le bain avait été pris le soir, et les phénomènes morbides



E. Bocourt pinx.

Bocourt sculp.

Urticaire Tubereuse.

s'étaient manifestés pendant la nuit; les parties qui avaient été le siége de la tuméfaction présentaient une foule de taches irrégulières, indolentes, d'une teinte noirâtre et qui allait en diminuant du centre à la circonférence, ne disparaissant pas sous la pression du doigt : c'était une véritable ecchymose. Pendant ce gonflement, il s'était fait un épanchement sanguin dans les mailles du tissu lamineux.

Le soir, à la même heure, D..... était auprès du feu, lorsqu'un frisson subit fut pour lui le prélude d'un nouvel accès complet, qui dura six heures; il fut accompagné de douleurs et de gonflemens tout-à-fait analogues à ce que le malade avait éprouvé la veille; seulement ce fut du côté opposé. Plus tard, il survint des taches comme du côté gauche, et qui, comme les précédentes, prirent successivement une teinte bleuâtre, puis jaunâtre, et finirent par disparaître, ou plutôt par se perdre et se confondre avec les suivantes; car dans de nouveaux accès, non-seulement les deux coudes et les deux genoux furent successivement affectés, et souvent même à-la-fois, mais l'éruption envahit tout le corps. A la suite du troisième accès, qui fut beaucoup plus fort que les autres, au moins par la tuméfaction qui fut presque générale, les douleurs furent extrêmement vives, les jambes étaient enflées inégalement et engourdies, et deux jours après les orteils, qui n'avaient pas été épargnés, devinrent le siége d'ulcérations très douloureuses qui rendirent la marche impossible, et furent long-temps à se cicatriser. Dès ce moment, le malade fut obligé de garder le lit, et chaque jour, à la même heure, il avait son accès de fièvre, avec même tuméfaction, même picotement, mêmes douleurs plus ou moins intenses, mais quelquefois tellement graves, qu'il lui semblait, dit le malade, qu'on lui arrachait les ongles.

Il est à remarquer qu'une fois la sueur terminée, la peau, revenue à son état naturel, ne présentait d'autre altération qu'une foule de taches de teintes différentes, suivant l'ancienneté de leur apparition, peu ou point de chaleur, aucune douleur, même au toucher. Il restait un léger empâtement des membres, résultat indispensable de l'extension prompte et forcée des tissus.

Au bout de quinze jours, il entra à l'hôpital de Beauvais dans un état déplorable. Les accès avaient augmenté de durée et d'intensité; la tuméfaction était presque permanente; les jambes, surtout, étaient énormes et tout-à-fait noires; le moindre mouvement était impossible, et le malade se trouvait mal lorsqu'il se bougeait. Il fut saigné; on appliqua des sinapismes, on lui fit prendre des fumigations sulfureuses; enfin, des vésicatoires couvrirent ses mollets. A l'aide de cette médication, les accès fébriles devinrent moins graves, la tuméfaction disparut, et l'éruption quotidienne devint extrêmement légère; mais sitôt que le malade voulait se lever, l'éruption, la tuméfaction, les douleurs tout apparaissait de nouveau et avec la même violence. A cette époque, tous ces symptômes se manifestaient, sans que ce fût l'heure de l'accès; seulement lors de la fièvre, qui venait toujours régulièrement, ils augmentaient.

Après trois mois de séjour, D..... sortit dans l'état suivant : amélioration manifeste, tant qu'il gardait le repos; mais la moindre fatigue, et quelquefois même la station seulement, déterminaient le retour des accidens, qui certainement auraient repris toute leur intensité première, si le malade ne s'était hâté de se mettre au lit.

A Beauvais, il eut une blennorrhagie, pendant le traitement de laquelle il lui survint une salivation excessive; les dents restèrent long-temps affectées. Cette maladie nouvelle, le traitement énergique auquel il paraît avoir été soumis, n'ont amené chez lui aucune espèce de changement : les deux affections ont marché isolément. Au bout de quelques mois, D..... vint à Paris; il y séjourna deux mois, sans entrer dans aucun hôpital, et était alors toujours dans la même position. Il lui arrivait, étant sorti le matin, d'être obligé de se faire rapporter chez lui. En effet, il éprouvait des douleurs atroces; ces douleurs précédaient le frisson, qui survenait dans l'après-midi.

Il fut admis à l'hôpital Saint-Antoine. Il y resta neuf mois, pendant lesquels on employa successivement des vésicatoires aux cuisses et aux jambes, des emplâtres de poix de Bourgogne aux lombes, le quinquina en poudre, qu'il prit pendant un mois entier.

Au bout de six mois, les accès apparaissaient bien tous les jours, mais avec moins de violence; et pendant les trois mois suivans, il était arrivé à ce point d'amélioration, que l'éruption ne paraissait pas tous les jours, quand il restait couché; il se passait même quelquefois trois ou quatre jours sans que le malade eût eu la moindre de ces nodosités, la moindre tuméfaction. Quant à l'accès fébrile, toujours opiniâtre, il revenait seul, beaucoup plus court, il est vrai, mais constant.

Il était dans cet état, et même il ne restait que quelques légères empreintes de ces synergies partielles, quand il sortit de l'hôpital, auquel il fut obligé de se représenter de nouveau huit jours après. En effet, il voulut se livrer à son travail, et il tomba dans un état aussi grave que celui dans lequel il était lors de sa première entrée. Nouveau séjour de trois mois : médication analogue, même succès, et même l'éruption, qui survenait à la suite d'un peu de fatigue, n'était plus que très peu de chose; mais persistance et retour quotidien de l'accès de fièvre. Au bout de trois mois, retour des accidens. De plus, le malade avait contracté de nouveau une maladie vénérienne, caractérisée par une blennorrhagie, des chancres et un bubon.

Il fut admis à l'hôpital des vénériens, où il resta trois mois. Il en sortit guéri de sa syphilis; mais les accès fébriles se reproduisaient tous les jours; l'éruption se manifestait lentement, avec peu d'abondance, il est vrai, excepté lorsqu'il faisait froid; car alors les symptômes graves, dont nous avons eu occasion de parler plusieurs fois, apparaissaient de nouveau.

Pendant deux mois, il mena la vie suivante. Il travaillait deux tiers de jour. L'accès fébrile et l'éruption survenaient, il allait se mettre au lit; tout avait disparu le lendemain, et D..... reprenait ses occupations ordinaires. Cependant, lassé de ce retour continuel de douleurs qui, au reste, augmentaient de nouveau depuis qu'il s'était remis à son travail, D..... resta un an entier à boire des tisanes adoucissantes, et à garder un repos presque complet. Au bout de ce temps, il était dans le même état.

Il se présenta à l'hôpital Saint-Louis : c'était le matin. Son éruption, comme de coutume, avait entièrement disparu; aussi fut-il refusé. Mais quelques jours après, il se leva de grand matin, se fatigua beaucoup, et parvint à faire paraître l'éruption, mais sans accès de fièvre; il se présenta de nouveau, et fut admis. Et comme il se plaignait de démangeaisons, qu'il attribuait à ce qu'il avait eu deux fois la gale, et récemment encore, sans qu'elle eût été méthodiquement guérie, il fut reçu dans la division des galeux. Il avait, en effet, quelques vésicules qui appartenaient à la gale. Le matin, il n'avait aucune autre affection; mais tous les soirs il avait un accès de fièvre accompagné d'une éruption caractérisée par de véritables nodosités dures, d'une largeur variable, quelques-unes grosses comme un œuf, peu saillantes au-dessus du niveau de la peau, d'un rouge vif, inégalement répandues sur tout le corps, mais surtout sur les membres, accompagnées de difficultés dans la respiration (difficultés telles, qu'elles purent amener de véritables attaques de suffocation à la suite d'un travail fatigant, auquel il se livrait sans que le médecin le sût), et pour lesquelles il fut abondamment saigné. Cette éruption, avec les accès de fièvre quotidiens, durait habituellement cinq ou six jours, souvent plus, quand le malade s'était fatigué.

Des bains, des frictions sulfuro-alcalines, qui furent employés, dans le début, pour la gale, n'amenèrent aucune modification à cette éruption, ni en bien ni en mal.

Des saignées générales, plusieurs fois répétées, amenèrent toujours un soulagement, mais seulement momentané.

Le sirop de Larrey, plus tard, le vin anti-scorbutique, des bains de vapeur, du calomel à la dose de quatre grains, que l'on fut obligé de suspendre à la troisième prise, à cause de la salivation abondante et des ulcérations qu'il détermina, des tisanes amères, acidulées, apéritives : tels sont les moyens qui furent employés successivement, et toujours sans succès. Tous les soirs, à six heures, le frisson reparaissait : la chaleur était peu marquée, et cependant le malade était couvert de sueur abondantes, qui duraient trois ou quatre heures. Les tumeurs de l'urticaire apparaissaient aussi, développées à la face palmaire des mains et des pieds, où elles déterminaient des douleurs d'arrachement. Quinze jours après, il fut admis de nouveau dans la salle Saint-Prosper, toujours sous la direction de M. le docteur Biett.

Il y avait bien une légère amélioration; l'éruption, qui revenait toujours régulièrement chaque soir, présentait moins de violence; les accès fébriles étaient moins marqués. Mais deux jours après, à la suite d'une longue promenade dans le jardin, il survint une douleur au genou, avec gonflement énorme, qui empêchait le malade de marcher. Il se coucha; le soir, l'accès fébrile fut plus intense; le frisson fut plus long et plus considérable. Dès ce moment, il resta dans un état de chaleur continuel : le pouls était dur, la face animée, la bouche sale, les yeux rouges et larmoyans. On lui administra le sulfate de quinine à la dose de huit grains.

Le quatrième jour, l'accès ne vint point. On continua le quinquina; et il s'était passé huit jours sans que D..... eût eu le moindre accès. Point de fièvre, point d'éruption; seulement il apparaissait quelques élevures le soir, mais accompagnées de moins de douleurs. Les choses en étaient là, lorsque D..... se gorgea d'alimens, qu'il avait pu se procurer en cachette. Dès-lors, l'éruption reparut. On suspendit l'usage du sulfate de quinine; et, pendant treize jours, le malade fut mis aux émolliens. Pendant cet intervalle, la maladie avait repris toute sa gravité. On eut recours de nouveau au sulfate de quinine : disparition complète des symptômes pendant un mois. Au bout de ce temps, sans l'influence d'aucune cause appréciable, ils reparurent, mais ne présentant plus l'intensité première. L'accès fébrile revint chaque soir, mais fut de peu de durée; le gonflement était peu considérable, la douleur supportable, et les nodosités peu élevées. Cependant la maladie semblait de jour en jour vouloir faire de nouveaux progrès. Le malade fut mis à l'usage des acides (acides sulfureux).

Enfin, M. Biett se décida à lui administrer la solution de Fowler. On fut obligé de suspendre à la treizième dose. Le malade éprouvait de violentes coliques, des selles sanguinolentes; il y avait faiblesse extrême, soif, pouls dur, point d'envie de vomir; l'éruption et les accès fébriles avaient cessé de se manifester dès la cinquième dose. Il survenait bien encore de légères élevures, mais pas de fièvre. Il n'y avait qu'une légère tuméfaction aux coudes et aux genoux. Rien n'augmenta durant les onze jours pendant lesquels la solution de Fowler fut suspendue.

On la reprit au bout de ce temps à la dose de six gouttes, dose qui fut portée successivement jusqu'à vingt-six. Dans les premiers jours, il revenait toujours quelques élevures, mais peu-à-peu tout a entièrement disparu. Le malade resta encore six semaines à l'hôpital, et rien ne reparut, bien qu'il se livrât à quelques exercices fatigans. La guérison était complète.

STROPHULUS.

Je n'ai que peu de choses à vous dire de cette forme, toujours si légère, et qui constitue à peine une maladie. Il me suffira d'esquisser en quelques traits ce qu'il faut entendre par le Strophulus. C'est une éruption particulière aux tout jeunes enfans, existant toujours à l'état aigu, et caractérisée par des papules ou plus rouges ou plus blanches que le reste de la peau, siégeant ordinairement à la face, bien qu'elles puissent envahir tout le corps, et accompagnées de démangeaisons vives, qui s'exaspèrent sous certaines influences, notamment par la chaleur du lit.

On a admis plusieurs variétés du strophulus, variétés basées tantôt sur la marche, tantôt sur la couleur de l'éruption. Cette différence, sans importance d'ailleurs, a été surtout établie au point de vue du diagnostic. Ainsi les élévations papuleuses sont ou plus rouges ou plus blanches que le reste de la peau, et ces deux circonstances constituent déjà deux espèces principales que l'on subdivise encore selon certains caractères résultant de la disposition, de la confluence, de la marche de l'éruption.

Alors que les papules sont plus rouges que la peau, elles peuvent être entremêlées de taches érythémateuses, non saillantes, plus ou moins étendues : c'est le *strophulus intertinctus*. L'éruption peut s'étendre, devenir confluente : c'est le *strophulus confertus;* les élevures peuvent affecter une marche très fugace, et disparaître avec une extrême facilité : ce sera le *strophulus volaticus*.

Alors que les papules sont plus blanches que le reste de la peau, le strophulus est dit *albidus*, lorsque les élevures sont petites, peu étendues; *candidus*, lorsqu'elles sont largement développées. Remarquons seulement que, dans ce cas, les papules, consistant dans des points durs, un peu élevés, sont accompagnées d'une aréole enflammée.

Ai-je besoin de dire maintenant que toutes ces variétés, admises par Willan, n'ont guère de valeur que par leur dénomination même, et qu'il suffit de les citer pour les faire connaître? Nous ne nous y arrêterons pas plus long-temps.

Bateman avait attribué le strophulus à l'extrême vascularité et à l'irritabilité de la peau chez les très jeunes sujets. D'un autre côté, on regarde généralement cette éruption comme symptomatique, comme un épiphénomène de peu d'importance. Il est certain que le strophulus coïncide presque généralement avec le travail de la première dentition, circonstance qui lui a fait donner le nom de *feux de dents*, et qui établit un rapport de causalité, ayant aussi une certaine valeur pour faire distinguer le strophulus des autres formes éruptives qui peuvent, comme lui, siéger au visage.

Cette inflammation de la peau ne constitue le plus souvent qu'une affection bénigne, et ce n'est que très exceptionnellement qu'elle a pu sembler avoir quelque gravité. Rarement accompagnée de symptômes généraux, elle est quelquefois précédée ou compliquée d'un petit mouvement fébrile, comme cela a lieu dans le cas de strophulus volaticus, ou bien il y a en même temps quelques nausées, un peu de dévoiement. Ce sont là, je le répète, tous les accidens auxquels peut donner lieu cette éruption, ou plutôt qui traduisent avec elle l'influence morbide sous laquelle elle se développe. Elle dure depuis trois à quatre jours jusqu'à un à deux septénaires.

De même que le strophulus ne constitue pas, à vrai dire, une maladie, de même n'exige-t-il, à proprement parler, aucune espèce de traitement. Il suffit de faire quelques lotions avec de l'eau tiède ou avec du lait, quelquefois de modifier le régime alimentaire, bien qu'il soit rarement utile de changer de nourrice; enfin quelques bains émolliens complètent le traitement de cette maladie, qui, à raison même de sa bénignité et au point de vue du pronostic, appelle la curiosité, sinon l'intérêt des praticiens.

HERPÈS.

Les éruptions dont nous nous sommes occupés jusqu'à présent étaient caractérisées par des *exanthèmes;* nous allons rencontrer maintenant d'autres lésions élémentaires, des *vésicules;* nous allons avoir à étudier des maladies qui constituent ces accidens de sécrétion dont je vous ai signalé les caractères, en vous exposant les généralités de nos doctrines. Ces lésions se rapportent à deux types principaux, dont l'histoire offre le plus haut intérêt, ce sont l'Herpès et l'Eczéma.

Le terme d'Herpès est un de ceux que l'on retrouve le plus fréquemment dans les divers ouvrages qui traitent des maladies de la peau : on peut le signaler presque à chaque pas dans les travaux des anciens; mais il est évident aussi qu'il n'a jamais été employé par eux dans un sens positif et déterminé. Cette dénomination a été appliquée indistinctement à une foule d'affections différentes; cependant, ainsi que l'indique d'ailleurs son étymologie (1), elle paraît-

(1) Ερπης, de ἕρπειν, ramper.

trait avoir servi surtout à peindre les éruptions légères, celles qui rampent à la peau, qui n'en altèrent que la surface; il est résulté de l'emploi banal de cette dénomination, un vague et une indécision qui ont continué à toutes les époques de l'histoire des maladies de la peau, jusqu'aux temps modernes. Ainsi, en 1775, l'Académie de Lyon mit au concours cette question : *De variis herpetum speciebus.* Ce concours nous valut les Mémoires de Poupart et Roussel. Le mot Herpès fut remplacé dès-lors par celui de Dartre qui devint le prototype de toutes les affections de la peau. De nos jours encore on se sert des mots *affection herpétique*, comme équivalens de *maladie dartreuse,* sans que les uns aient plus que les autres de signification réelle, de valeur scientifique. Cependant Willan et Bateman avaient restreint à des formes déterminées cette dénomination jusque-là si vague et si indécise, et Biett adoptant leurs idées, l'appliqua en France à un type particulier ayant des caractères distincts. A l'exemple de Biett, j'entends par herpès une éruption de vésicules, rassemblées en groupes sur une base enflammée, et disposées de manière à occuper une ou plusieurs surfaces bien circonscrites et séparées entre elles par des intervalles où la peau est restée saine; éruption dont la marche est le plus ordinairement assez bien déterminée, dont la durée est le plus souvent de deux à trois septénaires.

Il y a dans l'herpès, inflammation à-la-fois et du réseau vasculaire, et de l'appareil sudorifère: ainsi il y a congestion sanguine et sécrétion d'un liquide séreux plus ou moins abondant; mais ce dernier phénomène est, comme nous aurons occasion de le voir, beaucoup moins marqué que dans l'eczéma. Il y a aussi affection du corps papillaire, affection qui se traduit presque toujours par du prurit, et souvent par de véritables douleurs.

Des altérations anatomiques que l'on a prêtées à l'herpès, on ne peut constater qu'une rougeur, une injection des parties malades, quelquefois un développement anormal des papilles.

L'herpès correspond à la dartre phlycténoïde du professeur Alibert; il présente d'ailleurs sous le rapport du siége et de la forme des différences assez grandes pour que je doive le séparer en plusieurs variétés importantes.

Herpès phlycténodès. — L'herpès proprement dit, ou *herpès phlycténodès*, est caractérisé par une éruption de vésicules globuleuses, ordinairement petites, bien que quelques-unes puissent présenter le volume d'un pois, et disposées en groupes dont l'étendue varie depuis la largeur d'un écu jusqu'à celle de la paume de la main, et dont la forme est indéterminée. L'éruption est le plus souvent bornée à un ou deux groupes, séparés par un intervalle où la peau est restée saine : quelquefois il n'existe qu'une seule plaque alors très large; dans d'autres cas enfin, l'éruption occupe plusieurs points à-la-fois, soit qu'elle les ait envahis simultanément, soit au contraire qu'elle les ait occupés d'une manière successive. J'ai observé l'herpès phlycténodès sur toutes les régions du corps; cependant je l'ai vu surtout aux joues, au cou, à la poitrine, aux bras; s'il se développe aux jambes, c'est dans le voisinage des articulations, et alors il dure ordinairement plus long-temps : je l'ai vu dans ce cas persister des mois entiers.

L'herpès phlycténodès n'est le plus souvent précédé d'aucuns symptômes généraux, excepté dans quelques cas rares, où il y a une espèce de période d'invasion, caractérisée par de l'anorexie, par un peu de fièvre; mais ces symptômes ne durent alors que très peu de temps, et ils sont d'ailleurs à peine marqués. Quoi qu'il en soit, sur les parties qui vont être le siége de l'éruption, on voit apparaître une foule de petits points rouges réunis et agglomérés sur un espace très limité; le développement de ces rougeurs est accompagné d'une sensation de cuisson souvent très vive, quelquefois d'un sentiment de brûlure, phénomènes locaux qui, tout-à-fait analogues à ceux que l'on observe dans le zona, précèdent quelquefois l'éruption de quelques jours. Le lendemain, on voit sur cette surface rouge et enflammée poindre des vésicules résistantes, nombreuses, agglomérées, de la grosseur d'un grain de millet, mais pouvant acquérir dans quelques points celle d'un petit pois. La rougeur dépasse les groupes vésiculeux et les entoure ainsi d'une aréole érythémateuse, qui leur sert de base. Les vésicules sont en général dures, globuleuses, transparentes; elles présentent bientôt une teinte opaline, argentée. Du quatrième au cinquième jour, elles se flétrissent, elles s'affaissent; le liquide qu'elles contenaient devient purulent : il se forme de petites croûtes brunâtres, qui ne tardent pas à tomber. Sur quelques points, il y a résorption, et l'éruption se termine par une desquamation légère. J'ai vu, surtout chez les vieillards, des ulcérations superficielles succéder à des vésicules molles, mal distendues par un liquide sanieux. Quand la maladie a disparu, elle laisse après elle des empreintes rougeâtres qui persistent pendant un mois et plus.

Si l'éruption a été précédée de quelques symptômes généraux, ceux-ci ont disparu dès les premiers jours, quelquefois dès les premières heures : il n'en est pas de même des symptômes locaux, de la chaleur, de la cuisson, qui persistent souvent pendant toute la durée de la maladie; j'ai vu même des cas où les points affectés étaient le siége de véritables douleurs névralgiques qui persistaient long-temps encore après que l'éruption avait disparu. Tels sont les caractères de l'herpès phlycténodès, forme que l'on peut regarder comme le type de ce genre intéressant.

Il est souvent difficile d'apprécier les causes qui président au développement de l'herpès phlycténodès : on a attribué son apparition à l'influence des rayons solaires. Je l'ai vu, dans le plus grand nombre des cas, développé à la suite de chagrins ou d'affections morales vives, d'excès, de veilles; en général, on le remarque surtout chez les sujets jeunes, chez les personnes blondes, à peau fine et délicate, chez les femmes, chez les individus impressionnables, d'un tempérament nerveux.

Le diagnostic de l'herpès phlycténodès est presque toujours facile : en effet, la disposition des vésicules, agglomérées

en groupes toujours bien séparés, suffit pour le faire distinguer des autres éruptions soit vésiculeuses, soit bulleuses. Il existe cependant deux formes avec lesquelles on l'a quelquefois confondu : ce sont l'*eczéma* et le *pemphigus*. Dans quelques cas rares, en effet, d'eczéma, l'éruption est agglomérée par plaques ; mais alors les groupes ne sont jamais réguliers ; puis, comme dans l'herpès phlycténodès, ce ne sont pas des surfaces bien délimitées ; enfin les vésicules, petites, confluentes de l'eczéma, ne ressemblent en rien aux vésicules globuleuses, bien transparentes de l'herpès, vésicules toujours bien isolées dans leur agglomération.

Ce sont, d'un autre côté, le volume des vésicules de l'herpès phlycténodès et leur isolement, qui ont fait tant de fois confondre cette affection avec le pemphigus. Cependant pour séparer ces deux maladies, il suffit de se rappeler que dans le pemphigus ce sont de véritables bulles quelquefois rapprochées, mais jamais disposées par groupes ; que ces bulles sont toujours plus larges, plus rondes, qu'elles affectent une marche individuelle plus lente, présentant ceci de particulier, qu'elles sont distendues par un liquide limpide qui se précipite à leur partie déclive.

La douleur qui précède et accompagne quelquefois l'herpès phlycténodès, son développement lent, son siége exclusif sur un point limité, ont été plusieurs fois la cause d'une méprise assez grave ; on l'a confondu avec une pustule maligne au début. J'en ai rapporté un fait curieux dans les *Annales des maladies de la peau*, fait qui m'a été communiqué par un collègue distingué, M. le docteur Vigla (1). L'erreur ne serait possible que tout-à-fait au début, le développement successif de la maladie dans les deux cas ne pouvant pas laisser de doute.

L'herpès phlycténodès dure de deux à trois septénaires au plus : jamais il ne constitue une affection tant soit peu sérieuse. Il cède facilement aux boissons délayantes, acidulées, à un régime un peu sévère, à de légers purgatifs, au besoin à des lotions mucilagineuses, à quelques bains tièdes. J'ai vu quelquefois l'herpès phlycténodès passé à l'état chronique, résister avec plus d'opiniâtreté. J'ai eu recours alors à l'application de topiques résolutifs, à la pommade au calomel, par exemple, et aussi au vésicatoire appliqué sur la plaque vésiculeuse elle-même.

A ce type du genre herpès appartiennent plusieurs variétés intéressantes qui empruntent un caractère spécial les unes à leur forme, les autres à leur siége.

Herpès labialis.— Parmi les variétés de siége, une des plus légères est l'*herpès labialis*, caractérisé par des groupes de vésicules, plus ou moins nombreux, plus ou moins distincts, ordinairement très petits, disposés irrégulièrement autour de la bouche. Cette petite éruption se fait quelquefois spontanément ; mais souvent elle est précédée de prodromes assez tranchés. Le point où elle doit apparaître, devient le siége d'un sentiment de chaleur âcre et brûlante, suivie bientôt d'un gonflement assez marqué ; la surface affectée est tuméfiée et luisante, et bientôt on voit poindre des vésicules offrant tous les caractères de celles du genre herpès ; elles sont disposées par petits groupes, au-delà desquels s'étend la tuméfaction qui distingue cette variété ; elle offre aussi cela de remarquable que l'éruption marche avec une grande rapidité, et que les symptômes qui la précèdent disparaissent aussitôt que les vésicules sont formées. Quelquefois plusieurs groupes se réunissent et il peut en résulter de petites collections comme bulleuses, mais ne dépassant jamais la grosseur d'un petit pois. Les vésicules globuleuses sont distendues par un liquide transparent, qui se trouble bientôt, devient jaunâtre, et dès le quatrième jour, séro-purulent. On voit alors se former de petites croûtes brunes, qui tombent du septième au huitième jour. Si on les arrache, il s'en forme de nouvelles, qui persistent plus long-temps que les premières. Quand les croûtes sont tombées, elles laissent après elles une empreinte rouge, qui persiste quelquefois long-temps.

L'herpès labialis n'occupe dans la plupart des cas qu'une partie restreinte, soit de la lèvre supérieure, soit de la lèvre inférieure ; le plus ordinairement situé au bord externe, à l'endroit où la muqueuse se confond avec la peau, il n'affecte dans quelques cas que la muqueuse, et plus rarement que la peau qui est en deçà. L'éruption peut d'ailleurs gagner toute la circonférence des lèvres, et même s'étendre sur les joues et le menton.

L'herpès labialis est quelquefois le résultat de causes directes. Il peut être produit par le contact de certaines matières alimentaires âcres et irritantes ; il est déterminé souvent par l'impression du froid, par l'influence du vent du nord, plus souvent par le contact du mucus qui baigne la lèvre supérieure dans le coryza. D'autres fois il complique une angine et mieux la stomatite ; enfin il est très ordinaire de le voir apparaître à la suite de quelques troubles intérieurs plus ou moins graves, après un accès de fièvre. Quelques auteurs ont signalé sa coexistence avec une phlegmasie des organes thoraciques, en accordant même une certaine valeur à son apparition dans le cours d'une pneumonie !

On a souvent confondu l'herpès labialis avec certaines formes de l'eczéma, mais il en diffère par les caractères que j'ai signalés déjà, par sa disposition en petits groupes isolés, et aussi dans ce cas particulier par la douleur qui l'accompagne, et par l'acuité de sa marche. C'est d'ailleurs une maladie toujours légère, et qui réclame à peine quelques moyens de traitement : ce qui réussit le mieux d'ailleurs, ce sont des lotions avec de l'eau fraîche, dans laquelle on a ajouté quelques gouttes d'acétate de plomb liquide. Les émolliens sont loin de valoir ce moyen simple, et dans tous les cas rien n'empêche l'éruption de suivre ses phases fatales.

(1) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, tome I, page 241.

Herpès præputialis. — L'herpès præputialis constitue aussi une variété de siége, mais qui sous plusieurs rapports offre beaucoup plus d'intérêt. C'est une maladie assez commune et qui, par une bizarrerie assez remarquable, tantôt attire à peine l'attention du malade, surtout au début, tantôt au contraire fait croire à l'existence d'un danger qui n'existe pas.

L'herpès du prépuce est une éruption caractérisée par des groupes de vésicules, groupes isolés, distincts, situés soit à la face interne, soit à la face externe du prépuce, quelquefois sur les deux en même temps. Cette variété peut se présenter à deux états bien différens.

A l'état aigu, l'éruption a lieu d'abord par l'apparition d'une ou de plusieurs taches rouges d'une grandeur variable, mais ne dépassant jamais l'étendue d'une pièce d'un franc : ces taches se recouvrent rapidement de petites vésicules globuleuses, assez transparentes pour laisser percevoir à travers leur épaisseur la coloration rouge des surfaces sur lesquelles elles reposent. L'éruption présente d'ailleurs dans son développement et dans sa marche des différences, selon qu'elle est située à la face externe ou à la face interne du prépuce. Dans le premier cas, il y a peu d'inflammation, et la maladie doit se terminer ou par résorption, en donnant lieu à une desquamation légère, ou par la formation de petites croûtes, qui ne tardent pas à tomber : tout est fini au bout de sept ou huit jours. Dans le second cas, il y a une inflammation beaucoup plus marquée, et les plaques vésiculeuses sont d'un rouge tellement vif, que les vésicules, à raison de leur transparence, paraissent rouges elles-mêmes : elles sont très ténues, elles augmentent rapidement de volume, se réunissent quelquefois deux à deux, trois à trois, et présentent ainsi une espèce de confluence. La maladie peut encore se terminer par résolution, mais le plus souvent les vésicules se déchirent et laissent après elles de petites érosions superficielles, qui conservent la forme arrondie des vésicules auxquelles elles ont succédé. Ces érosions ont souvent fait croire à l'existence d'accidens syphilitiques, et pour plusieurs auteurs, sont devenues sous le nom de *Dartre pseudo-vénérienne,* un argument contre l'existence même de la syphilis. Tout-à-fait passagères, elles ne laissent après elles aucune trace. L'herpès præputialis aigu affecte toujours une marche rapide, il a une très courte durée : il est accompagné d'un peu de chaleur, de démangeaison au début, surtout quand l'éruption a lieu à la face interne du prépuce, et d'un sentiment de cuisson, quand les plaques vésiculeuses ont été remplacées par des érosions.

A l'état chronique, l'herpès præputialis présente un ensemble de phénomènes bien autrement importans et réellement plus graves. La maladie procède alors par éruptions successives, qui apparaissent à des intervalles de plus en plus rapprochés, avec une intensité de plus en plus grande, ajoutant ainsi sans cesse à l'inflammation, qui gagne alors les couches du tissu cellulaire sous-muqueux. Le prépuce devient de plus en plus rude, plus difficile à se replier sur lui-même : il ne peut se prêter à des mouvemens un peu étendus, sans qu'il se forme des gerçures plus ou moins profondes, toujours douloureuses. Bientôt l'extrémité du prépuce est occupée par un espèce d'anneau dur et épais; l'ouverture se rétrécit de plus en plus, laissant à peine de place pour le passage de l'urine. Il peut arriver que le rétrécissement ait lieu de telle sorte, que l'ouverture restée libre ne corresponde plus exactement avec le méat urinaire, et alors l'urine n'est plus chassée complétement, et chaque émission devient l'occasion de démangeaisons insupportables, de cuisson, d'inflammations nouvelles, etc., accidens qui sont encore augmentés par l'accumulation successive de cette matière sébacée, dont la sécrétion à la couronne du gland est abondante chez un grand nombre d'individus. Quand la maladie est arrivée à ce point, l'extrémité du prépuce est froncée, comme ratatinée. Quelquefois le rétrécissement est moindre, le passage de l'urine est resté libre, mais, par suite des éruptions successives, l'extrémité du prépuce s'est amincie, durcie, et ne forme plus qu'une espèce d'anneau cartilagineux, dont rien ne peut vaincre la résistance : si l'on fait quelques efforts, quelques tractions pour découvrir le gland, il en résulte des déchirures très douloureuses; j'ai vu chez un malade atteint de cette forme d'herpès, et bien que le rétrécissement fût peu avancé, un paraphymosis grave déterminé par le renversement forcé du prépuce.

On peut facilement apprécier les inconvéniens de toute sorte qui doivent résulter d'un pareil état de choses; aussi les malades affectés de cet herpès tombent-ils souvent dans une tristesse habituelle et dans un découragement profond.

Cette forme, d'ailleurs généralement méconnue, mérite, on le voit, tout l'intérêt et doit appeler toute l'attention des praticiens; elle peut jusqu'à un certain point présenter une gravité réelle, et elle exige dans tous les cas un traitement long et difficile.

L'herpès præputialis ne se manifeste guère que chez les adultes, et le plus souvent sans cause bien appréciable. Cependant je l'ai vu produit par le frottement de vêtemens de laine, par le contact de certains écoulemens chroniques du vagin; il s'est développé aussi sous l'influence de l'action irritante de cette matière sébacée, qui chez quelques personnes peu préoccupées des soins de propreté, s'amasse entre le prépuce et le gland. On a prétendu que la présence de l'herpès præputialis dépendait, dans certains cas, de l'existence de rétrécissemens de l'urètre, mais évidemment il n'y a aucune espèce de rapport entre ces deux affections, qui n'ont de commun alors que leur coexistence tout-à-fait accidentelle. Quelques auteurs ont voulu voir dans cette forme de l'herpès un résultat des préparations mercurielles, mais cette opinion est inadmissible, puisqu'il est bien démontré que l'herpès præ-



Herpes Zoster.

Bougeard, imp.

putialis peut se développer chez des individus qui n'ont jamais pris un atome de mercure. Ce qui est bien certain c'est que l'erreur, où l'on a été trop souvent sur la véritable nature de l'herpès præputialis, a pu faire recourir à l'emploi de moyens irritans qui ont eu pour effet de faire passer cet herpès de l'état aigu à l'état chronique.

Le siége de l'herpès præputialis a souvent été une source d'erreurs, presque toujours de difficultés de diagnostic : en effet, on l'a pris pour une affection syphilitique, et l'on a été conduit ainsi à le combattre par des cautérisations qui étaient au moins inutiles, sinon dangereuses. Cependant à quelque état que l'on prenne l'herpès præputialis, on pourra toujours le reconnaître. S'il existe à la période vésiculeuse, il sera impossible de ne pas reconnaître la lésion élémentaire, et toute erreur sera impossible, puisque l'ulcère syphilitique primitif débute toujours par une inflammation franchement ulcérative : si l'herpès est à l'état squameux, pourra-t-on confondre ces squames minces, aplaties, avec les croûtes noirâtres et épaisses de la syphilis? S'il se présente avec ses érosions secondaires, il sera facile de les distinger des ulcérations syphilitiques, remarquables, si superficielles qu'elles soient, par leurs bords élevés, taillés à pic, par leur fond blanchâtre, etc.

A l'état aigu, l'herpès præputialis est toujours une affection légère, qui ne dure que quelques jours : mais quand il existe à l'état chronique, il constitue au contraire, comme je l'ai déjà dit, une maladie qui n'est pas sans gravité. C'est souvent en effet une affection des plus rebelles, et je l'ai vue persister pendant des mois, pendant des années, en s'aggravant de plus en plus, à mesure que les éruptions se succédaient : je l'ai vue résister à tous les moyens employés pour la combattre, se compliquer de phymosis, et devenir pour les malades une source de chagrins qui, bien qu'exagérés, étaient toujours pénibles.

Le traitement de l'herpès præputialis à l'état aigu est des plus simples : il suffit de le combattre par quelques boissons émollientes, une décoction d'orge, de la limonade, des injections mucilagineuses entre le gland et le prépuce, quelques bains locaux émolliens.

Il n'en est pas de même quand la maladie se présente à l'état chronique : les lotions émollientes ne suffisent pas; il faut y ajouter des lotions alcalines, en les alternant avec les premières, des bains alcalins, des bains sulfureux. C'est alors surtout que je me suis souvent bien trouvé de l'emploi d'onctions faites avec des pommades peu irritantes, soit avec l'oxyde de zinc, à la dose de 1 à 2 grammes, soit avec le précipité blanc, à la dose de 1 à 2 grammes aussi, incorporé dans 20 à 30 grammes d'axonge. Mais c'est alors surtout qu'il importe d'avoir recours à un traitement interne. Je préfère généralement les pilules de Plummer, ou les eaux sulfureuses naturelles, l'eau d'Enghien, par exemple. L'accident le plus sérieux de l'herpès præputialis est constitué par le resserrement continu et progressif du prépuce. Pour obvier à cet inconvénient, et aussi pour le prévenir autant que possible, je fais introduire graduellement, entre le gland et le prépuce, un petit anneau d'éponge préparée. Ce moyen suffit dans la plupart des cas, et rend inutile l'opération du phymosis, à laquelle il faut pourtant bien avoir recours, quand la résolution est devenue impossible.

Herpès zoster. — Après avoir étudié l'herpès en général, nous avons passé en revue différentes variétés qui empruntaient leurs caractères principaux à des différences de siége; il nous reste à examiner celles qui, à raison de leur forme, constituent des espèces à part. A leur tête vient se placer l'*herpès zoster*, plus connu sous le nom de *zona*, et qui a reçu d'ailleurs une foule de dénominations différentes, puisqu'on le retrouve à diverses époques sous les noms de *feu de saint Antoine*, de *feu sacré*, d'*ignis sacer*, et enfin d'*herpès phlycténoïde en zone*, que lui avait donné Alibert.

Certains caractères, et entre autres la chaleur, la douleur, le volume des vésicules, ont fait regarder le zona comme une variété de l'érysipèle, l'érysipèle bulleux : c'est une erreur, et vous en serez facilement convaincus, quand vous aurez étudié sérieusement les caractères généraux et particuliers qui appartiennent à cette forme intéressante de l'herpès.

Le zona est caractérisé par des plaques irrégulières, quant à leur disposition individuelle, d'une étendue variable, d'un rouge vif, sur lesquelles reposent des vésicules agglomérées; ces plaques sont séparées entre elles par des intervalles, où la peau est restée saine; mais elles ont cela de particulier, qu'elles se présentent toujours, quant à leur disposition générale, en forme de demi-ceinture, et qu'elles siégent ordinairement au tronc. Cette disposition en demi-zone est le caractère distinctif, essentiel, si je puis dire ainsi, du zona, puisque sans lui cette affection rentrerait dans le type général de l'herpès phlycténoïde. Ainsi jamais on ne le rencontre siégeant d'une manière continue et des deux côtés à-la-fois. A plus forte raison faut-il rejeter du zona lès faits qui établiraient, selon Marcus, que cette forme peut être généralement répandue sur une moitié du corps; selon Turner, qu'elle aurait envahi le corps tout entier : évidemment ces exemples se rapportent à des cas de maladie autre que l'herpès ou à d'autres variétés de cette maladie elle-même.

Le zona siége principalement au tronc, où, selon Franck, il serait surtout très fréquent au thorax : j'ai observé que c'était à la base du thorax même que cette fréquence était remarquable : quelques auteurs ont au contraire cru reconnaître que les parois de l'abdomen étaient le siége de prédilection du zona; quoi qu'il en soit, il est de règle dans tous ces cas, que l'éruption affecte la forme obligée de demi-zone. On le rencontre d'ailleurs sur bien d'autres

points; ainsi au cou, à la face, à la bouche, au cuir chevelu : j'ai vu plusieurs exemples de chacune de ces exceptions. Ce n'est que plus rarement qu'on le rencontre fixé aux membres seulement.

Le zona affecte dans sa disposition en demi-ceinture une foule de trajets variés. Je l'ai vu partant du milieu de la région lombaire inférieure et postérieure, entourer obliquement la région iliaque externe et antérieure; pour arriver à l'aine et se terminer à la partie interne de la cuisse; je l'ai observé aussi, alors que commençant à la partie moyenne et supérieure du dos, il gagnait la partie postérieure de l'épaule, puis la partie antérieure, et venait se terminer au bord interne du bras, qu'il accompagnait quelquefois jusqu'au bord cubital de la main. Enfin, et dans quelques cas, j'ai vu d'un même zona partir deux lignes, dont l'une s'étendait le long du membre inférieur, et dont l'autre remontait le long du bras.

Tous les auteurs sont d'accord pour signaler la disposition en demi-zone et la limitation de l'éruption à un seul côté du corps; il n'en est pas de même au point de vue de la prédilection qu'elle affecterait pour tel ou tel côté. J. Franck affirme que dix-neuf fois sur vingt, le zona siége à droite : Reil prétend établir au contraire qu'il est plus fréquent à gauche; d'autres, ne se prononçant pas, soutiennent que la maladie affecte indistinctement l'un et l'autre côté : comme vous le voyez, la question n'est pas jugée encore. Il ne faudrait pas d'ailleurs lui attribuer plus d'importance qu'elle n'en comporte, puisqu'en définitive une solution sur ce point ne conduirait qu'à un problème plus difficile, à savoir, la raison de la préférence du zona pour tel ou tel côté. Nous laisserons donc de côté, du moins quant à présent, toute statistique sur ce point, en ajoutant que, quant à moi, et depuis plus de vingt ans que j'ai pu observer le zona, je l'ai vu, et cela dans une grande proportion, beaucoup plus fréquent à droite qu'à gauche. Je présente ce résultat comme un fait et sans chercher à l'expliquer par des hypothèses qui ne conduiraient à aucune démonstration utile.

J'ai dit que l'observation semblait indiquer comme une règle absolue le siége du zona sur un seul côté du corps. Cependant il existerait selon quelques auteurs, sinon des exceptions à cette règle, au moins des cas qui la contrediraient jusqu'à un certain point. Ainsi J. Franck aurait vu un cas de zona double; mais bien qu'il y eût par ce fait, enveloppement du corps, ce phénomène n'avait pas lieu par une seule et même ceinture, mais par deux demi-zones s'étendant sur des plans, sans coïncidence entre eux. Ce cas, unique d'ailleurs, aurait été observé par l'auteur sur un jeune homme de 27 ans, cordonnier, qui se présentait le 24 septembre 1818, à la clinique de Wilna. Cet homme portait un zona, divisé en deux segmens dont l'un, à gauche, partant des premières apophyses épineuses du dos, s'étendait par-dessous l'épaule et passant sous l'aisselle, allait aboutir à la partie moyenne du sternum, et l'autre, à droite, suivait un trajet à-peu-près analogue, mais avec cette différence, qu'il était sur un plan situé 10 centimètres environ plus bas.

Quoi qu'il en soit, le zona n'est pas formé par une suite non interrompue de vésicules, mais par une série de groupes vésiculeux, séparés par des intervalles, plus ou moins considérables, où la peau est restée saine. Ces groupes ordinairement assez rapprochés, peuvent quelquefois être éloignés les uns des autres, de manière, par exemple, que la demi-ceinture soit formée par trois ou quatre plaques; circonstance qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit, puisque dans l'espèce elle peut, si on la néglige, faire commettre une erreur de diagnostic.

Le zona est une maladie aiguë, dont la durée moyenne est de deux septénaires : on ne l'observe jamais à l'état chronique, bien que l'on ait voulu établir le contraire d'après des données recueillies dans Borsieri (1). L'erreur vient ici de ce que l'on a mal interprété les passages sur lesquels on s'appuyait. Ainsi en faisant un zona chronique avec les taches ou les douleurs qui persistent quelquefois après cette forme de l'herpès, on ne s'est pas aperçu qu'on prenait pour base de cette distinction, des phénomènes, qui en réalité, n'appartiennent plus à la maladie elle-même, mais à des conditions individuelles qu'elle a mises en jeu. Il n'y a pas de zona chronique proprement dit.

Quelquefois l'apparition du zona est précédée d'un sentiment de malaise, de sensation douloureuse, d'élancemens pénibles aux points où l'éruption doit se faire. Dans la plupart des cas elle débute spontanément par des taches irrégulières, d'un rouge assez vif, apparaissant les unes après les autres dans le sens que doit suivre la demi-zone, commençant assez fréquemment par les points extrêmes du segment, pour se développer ensuite successivement et de manière à se rejoindre. En général, les plaques qui se sont manifestées les premières, et celles qui par conséquent occupent volontiers les extrémités de la demi-ceinture, sont les plus largement développées. Si l'on observe attentivement la marche de la maladie, on voit bientôt, c'est-à-dire vers le deuxième jour, les plaques rouges se couvrir de petites saillies, à peine perceptibles dès le début, parce qu'à raison même de leur transparence, et de l'extrême limpidité du liquide qu'elles contiennent, elles conservent alors la teinte rose de la plaque. Bientôt, tout en gardant leur transparence, elles prennent une couleur opaline, qui les fait ressembler à de petites perles : ce sont de véritables vésicules, distendues par un liquide séreux, bien distinctes d'ailleurs, plus ou moins volumineuses, sans que les plus considérables dépassent la grosseur d'un pois ordinaire. Ces vésicules sont agglomérées, et la plaque qui leur sert de base, s'élargissant à mesure que l'éruption parvient à son summum d'acuité, peut dépasser de 2 à 3 millimètres le groupe qu'elle entoure; dans ce cas, elle acquiert quelquefois des proportions et une intensité telles, qu'on

(1) Burserius, *Inst. med.*, vol. II, page 39.

a été conduit, par une observation superficielle, à la prendre pour un érysipèle. A mesure qu'un groupe vésiculeux suit ainsi ses phases d'accroissement, un autre apparaît, se développe, présentant les mêmes phénomènes, et ainsi de suite pour tous ceux qui composent la demi-zone.

Vers le cinquième jour, l'éruption entre dans sa période de décroissement; il semble que les vésicules pâlissent; le liquide qu'elles contenaient se trouble; elles deviennent opaques; quelquefois elles sont comme noirâtres, et semblent renfermer un liquide sanguinolent; bientôt elles se flétrissent, s'affaissent et sont remplacées par de petites croûtes minces, brunâtres, qui tombent assez rapidement. Chaque groupe vésiculeux présente à son tour, et en raison inverse de l'ordre dans lequel l'éruption s'est développée, les mêmes phénomènes de décroissement et de dessiccation : ainsi la maladie tout entière se termine ordinairement vers le dixième ou le douzième jour. Il ne reste plus alors que des taches rouges qui disparaissent peu-à-peu et après un temps variable. Cependant il peut arriver, et même dans les cas les plus simples, que par suite d'un frottement trop violent, les vésicules aient été déchirées, et qu'elles laissent après elles des excoriations plus ou moins étendues, quelquefois même de petites ulcérations, qui ont pour effet nécessaire de prolonger la durée de la maladie. Cette complication est surtout fréquente à la base du thorax.

Telle est la marche ordinaire du zona; mais en dehors du fait commun, il existe certaines exceptions, dépendant elles-mêmes de circonstances particulières. Ainsi, l'éruption peut être pour ainsi dire enrayée, et se terminer tout-à-coup par résolution et par desquamation. Dans d'autres cas, au contraire, si la maladie atteint des individus dont la constitution soit profondément détériorée, des vieillards par exemple, elle peut alors être constituée par des vésicules très volumineuses qui se déchirent d'elles-mêmes, et donnent lieu à des ulcérations douloureuses, persistantes, et plus tard à de véritables cicatrices. J'ai vu dans des circonstances de cette nature les plaques du zona devenir gangréneuses et le malade succomber; mais, je le répète, ces faits sont exceptionnels, et la gravité qu'ils comportent, tient moins à l'éruption elle-même qu'à l'état général des sujets affectés.

Nous connaissons maintenant les caractères extérieurs du zona, mais il en est un qui a plus d'importance peut-être, et qui a été signalé dans tous les temps; c'est la douleur locale qui accompagne chaque groupe vésiculeux, qui lui survit, et qui persiste quelquefois pendant très long-temps. Cette dernière circonstance est surtout très remarquable; ainsi j'ai vu au dispensaire une femme, qui après avoir été affectée d'un zona du tronc, fut, pendant un an, prise de douleurs très vives aux points qui avaient été le siége de l'éruption. De pareils faits sont d'ailleurs rares, et ils ne devraient pas faire croire à ce que l'on a dit de douleurs atroces qui, dans certains cas de zona, auraient amené des résultats très graves; ces récits sont évidemment empreints d'exagération. La douleur joue certainement un grand rôle dans le zona, mais il n'en est pas de même de ces symptômes gastriques effrayans que quelques auteurs se sont plu à décrire. Un peu de malaise au début, quelquefois un léger mouvement fébrile, des élancemens plus ou moins vifs aux points où l'éruption va se faire; plus tard, les souffrances accidentelles qu'entraînent des ulcérations légères, et enfin la douleur locale qui domine pendant toute la maladie; voilà ce que j'ai toujours vu. Cette douleur locale est une véritable névralgie qui, quoi qu'on en ait dit, n'appartient pas au zona seulement; on la retrouve dans l'herpès phlycténoïde dont l'herpès zoster n'est, il est vrai, qu'une forme particulière : elle est d'ailleurs assez souvent très vive et surtout très persistante.

Il est au moins très difficile de connaître la cause intime du zona, et si, dans la plupart des cas, il est lié nécessairement à un trouble général quelconque, le rapport qui les unit échappe à toute appréciation rationnelle et utile. Tout ce qu'il est permis de faire, c'est de constater certaines influences agissant particulièrement et comme causes déterminantes, sur le développement de la maladie. Ainsi, comme toutes les affections franchement aiguës, le zona se montre surtout chez les jeunes gens, parmi lesquels il semblerait choisir de préférence les individus à peau fine, délicate, susceptible; il est beaucoup plus rare chez les vieillards. Le zona se développe évidemment sous l'influence du changement des saisons; j'ai souvent observé à l'hôpital Saint-Louis, que sous l'empire de certaines conditions atmosphériques, le zona devenait tout-à-coup d'une fréquence telle, qu'on aurait pu croire, d'après ces faits, qu'il régnait épidémiquement. Quoi qu'il en soit, il est plus fréquent dans l'été et l'automne que dans l'hiver et le printemps. Une des causes dont j'ai pu surtout apprécier l'influence, et qui, si elle n'agit pas directement comme cause intime, agit au moins le plus manifestement comme cause déterminante, ce sont les émotions morales vives, et tout ce qui produit une perturbation nerveuse bien marquée. Le zona peut aussi attaquer certaines constitutions détériorées, apparaître après une maladie grave, comme la variole; maintenant est-il vrai qu'il revienne quelquefois d'une manière périodique, qu'il soit héréditaire? Ces exceptions ne me semblent reposer que sur des faits trop peu décisifs pour servir de base à une appréciation tant soit peu positive.

Nous avons vu, en commençant l'histoire du zona, qu'on avait cru devoir en faire une variété de l'érysipèle, l'*érysipèle bulleux*. Il n'est pas très étonnant que l'on ait pu confondre deux formes si différentes pourtant. Quand le zona apparaît avec son caractère vésiculeux bien tranché, avec une disposition en demi-zone bien distincte, l'erreur n'est guère facile; mais quand les vésicules sont volumineuses, quand l'aréole enflammée, qui leur sert de base, est largement répandue, la confusion devient possible alors, si l'on tient compte surtout de la douleur qui existe dans l'un et dans l'autre cas. Cependant nous savons déjà quels caractères différens séparent le zona de l'érysipèle; quelques mots suffiront pour établir et compléter ce point de diagnostic. Quand l'érysipèle est bulleux, les phlyctènes qui

compliquent l'exanthème sont éparses, jetées çà et là sur des surfaces rouges, largement et irrégulièrement répandues : dans le zona, ce sont toujours des vésicules, plus ou moins grosses c'est vrai, mais réunies en groupes; ces groupes reposent sur une surface moins étendue, sont séparés entre eux par des intervalles où la peau est saine, et affectent enfin une disposition régulière, la forme en demi-zone. La douleur présente aussi des différences importantes : tenant dans l'érysipèle aux phénomènes de congestion, elle passe avec la phlegmasie dont elle dépend; constituant une véritable névralgie dans le zona, elle existe indépendamment de l'inflammation de la peau, et lui survit ordinairement pendant un temps assez long.

Quand le zona est au début, ou quand, l'observant superficiellement, on n'étudie qu'une seule plaque, on peut le prendre pour un herpès phlycténoïde : l'erreur est d'autant plus facile ici que les caractères sont exactement les mêmes, et que la douleur, quoiqu'on ait voulu prétendre le contraire, existe dans l'un et dans l'autre cas. Mais outre que cette confusion ne devrait avoir aucune importance, puisque les deux formes ont entre elles un rapport de parenté très intime, l'erreur ne pourrait durer que très peu de temps, car on devrait bientôt reconnaître la disposition en demi-zone et par suite le zona.

Ce que nous savons de cette maladie pourrait nous dispenser de dire qu'elle ne présente pas absolument de gravité. En effet, le zona a presque toujours une terminaison favorable, c'est-à-dire qu'il finit par une guérison complète, ordinairement même assez rapide. Si dans quelques cas rares, le zona est un symptôme fâcheux, cette circonstance ne tient pas à l'éruption elle-même, mais aux conditions individuelles dans lesquelles se trouve placé le malade. J'ai vu deux fois le zona se terminer par la mort, et ces deux exemples ont été présentés par des vieillards épuisés, chez lesquels les vésicules furent suivies de véritables eschares gangréneuses. Mais, je le répète, ces faits ne doivent être considérés que comme une exception très restreinte. Quelques auteurs ont cru pouvoir affirmer que dans quelques cas le zona apparaissait comme crise salutaire d'une maladie grave : ainsi on connaît l'observation de W. Guilbrand ; *De vertigine periodicâ per zonam solutâ.* Quant à moi, je n'ai jamais vu de faits de ce genre, et ne puis ainsi apporter ma propre expérience à la solution de cette question.

Si le zona est ordinairement une affection légère, le traitement est aussi dans la plupart des cas, de la plus grande simplicité : il consiste dans le repos, des boissons délayantes, quelques bains simples à la fin de la maladie, sans qu'il soit le plus souvent utile d'avoir recours aux vomitifs et aux émissions sanguines. Il faut être dans le zona très sobre d'applications topiques, surtout de celles que semble indiquer l'acuité même de l'éruption. Ainsi on pourrait être tenté de combattre l'inflammation par des cataplasmes, par des lotions émollientes; il faut au contraire rejeter ces moyens, qui ont pour effet de macérer les vésicules, d'en faciliter le déchirement, et de préparer ainsi au malade toutes les souffrances qui résultent de cet accident. Parmi les topiques dont l'emploi peut être utile, il faut citer l'eau saturnine, employée en lotions, puis le cérat quand les vésicules se sont ulcérées; mais il en est un bien simple, que j'emploie depuis bien des années, et qui m'a toujours donné de très bons résultats. Pour empêcher, ou au moins atténuer autant que possible le déchirement des vésicules, je fais oindre les points malades d'un peu d'huile douce, puis je fais saupoudrer avec de l'amidon sec : il en résulte une sorte d'enduit inerte qui abrite la vésicule, et lui permet de suivre toutes ses phases sans être exposée à aucune cause de rupture : au contraire elle se flétrit très rapidement, se sèche sur place, et la maladie se termine par résolution. Ce moyen est, je le répète, d'une efficacité remarquable pour prévenir toute ulcération, toute cause de douleur accidentelle, et par suite pour abréger la durée de la maladie. Je l'ai toujours recommandé dans nos conférences, et aujourd'hui cette méthode, bien simple, je le répète, est presque généralement adoptée.

Quand le zona s'est développé chez des individus affaiblis par l'âge ou par la misère, il faut alors surtout songer à l'état général, sous l'influence duquel la maladie pourrait se compliquer d'ulcérations fâcheuses : c'est ainsi qu'on a recours aux toniques, à une bonne alimentation.

Tentés sans doute par la délimitation ordinairement bornée du zona, quelques auteurs ont proposé de le combattre par la méthode ectrotique. L'expérience semble, au moins en partie, avoir confirmé cette opinion. Ainsi la cautérisation avec le nitrate d'argent, a pu être utile chez certains individus, chez les vieillards, les personnes très affaiblies, ou quand l'éruption était accompagnée de douleurs vives : mais dans la plupart des cas, alors que le zona est accompagné d'une grande inflammation, la méthode ectrotique n'aurait évidemment pour résultat que d'exaspérer et d'aggraver les symptômes. Ajoutons que le zona est une affection le plus souvent légère, n'exigeant pas dès-lors l'emploi d'un moyen énergique, qui en tout cas, ne serait applicable qu'à cause du peu d'étendue de la maladie elle-même. Quant à la douleur qui accompagne le zona, qui lui survit, qui persiste long-temps après que l'éruption a disparu, on la combat avantageusement par l'emploi des moyens anti-névralgiques, et quelquefois par un vésicatoire placé *loco dolenti.*

Observation. — *Herpès zoster. Zona du membre abdominal gauche.* — La nommée S...., Madeleine, lainière, 22 ans, née à Metz, bien réglée, d'une excellente constitution, est atteinte pour la première fois d'une éruption cutanée; elle présente tous les caractères d'un herpès zoster (zona) auquel elle ne peut assigner de cause plausible. Le zona est une affection bien connue et dont la singulière disposition constitue un des principaux caractères. Sous

ce rapport, l'observation suivante en contient un exemple remarquable; c'est peut-être le seul intérêt qu'elle offre, car la marche de l'éruption n'a présenté rien de particulier. Cependant au point de vue étiologique, elle semble encore digne de fixer l'attention; je veux parler de la coïncidence du zona avec la douce température dont nous subissons prématurément l'influence. Depuis qu'elle règne, en effet, plusieurs exemples soit d'herpès, soit de pemphigus aigu se sont rencontrés dans le service de M. Cazenave, survenus spontanément ou comme complication d'autres maladies de la peau. A quelques exceptions près, ces deux affections cutanées ne se manifestent que très rarement en hiver. L'état de l'atmosphère n'a-t-il pas eu ici une action directe et non douteuse?

Quoi qu'il en soit, le 21 et le 22 février, M.... sentit dans toute l'étendue du membre abdominal gauche et dans la région lombaire des élancemens assez vifs, des cuissons qui devenaient parfois insupportables.

Le 25 au matin, elle aperçut à la face interne du genou qui pendant la nuit avait été le siége d'élancemens plus intenses, quatre ou cinq petites plaques rouges de la largeur d'une pièce de deux francs, recouvertes de petites vésicules; dans le courant de la journée, d'autres plaques se développèrent successivement, et avec les mêmes circonstances, à la face interne de la cuisse, à la fesse gauche et en dernier lieu à la jambe du même côté. Les cuissons et les élancemens bien que calmés ne disparurent pas entièrement après l'apparition de ces groupes vésiculeux. Un sentiment d'ardeur et de cuisson persista toujours, toutefois sans fièvre, ni malaise : la malade continuait ses occupations.

Admise à l'hôpital le 28 février, M.... se présente dans l'état suivant : de la région lombaire à la pointe de la fesse gauche on voit s'étendre, assez régulièrement espacées, trois plaques rouges de la largeur d'une pièce de cinq francs, formées chacune par la réunion de douze à quinze vésicules, moins grosses qu'un petit pois, un peu aplaties, reflétant une teinte brunâtre et ayant une forme elliptique plutôt que globuleuse.

Au membre abdominal gauche, l'éruption suit assez exactement le trajet de la veine saphène interne. Trois groupes principaux s'y font remarquer : à la réunion de la saphène avec la crurale, une plaque exactement semblable à celles de la région fessière; à la face interne et inférieure de la cuisse les quatre ou cinq petits disques dont j'ai déjà parlé; la troisième plaque un peu moins grande que la première, existe à la partie supérieure et interne de la jambe; puis entre les deux premières plaques et sur toute l'étendue de la face interne de la cuisse, des groupes de six à huit vésicules de la grosseur d'une lentille, irrégulièrement disséminés; et en dernier lieu, sur la face interne de la jambe, quelques vésicules éparses, de plus en plus petites, se terminent au niveau de la malléole.

C'est cette ligne sinueuse, parallèle au tronc et au membre, étendue du sacrum à la malléole interne gauche, qui constitue le caractère principal de l'affection. Le zona, en effet, quel que soit son siége, apparaît sous forme de demi-ceinture, ayant sa plus grande étendue d'avant en arrière.

Les cuissons qu'éprouve la malade, sont encore assez vives. — Pas de fièvre. — Prescription. Limonade tartrique. — Poudre d'amidon sur les surfaces malades. — Cinq portions d'alimens solides.

A cette période d'acuité, M. Cazenave rejette l'emploi des bains dont l'indication semblerait à tort établie pour calmer les cuissons, les élancemens. Presque toujours ils ont l'inconvénient de favoriser le déchirement des vésicules et d'amener des ulcérations superficielles, mais très douloureuses. Aussi a-t-il l'habitude d'attendre, pour les administrer, que les vésicules soient flétries et desséchées.

Le 5 mars, tous les petits groupes vésiculeux sont remplacés par des croûtes très minces; les vésicules des grosses plaques contiennent encore un peu de liquide; mais elles sont considérablement affaissées. Les cuissons sont moins aiguës. — Même traitement. La malade peut prendre un bain simple qui est continué les jours suivans.

8 mars. Des croûtes sèches, peu adhérentes, remplacent les vésicules des grandes plaques. Sur tous les autres points, il ne reste comme trace de l'éruption qu'une légère rougeur accompagnée d'un prurit peu intense. La malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Herpès circinnatus. — Après le zona vient se placer, comme variété de forme assez importante aussi, l'herpès circinnatus (circinné), qui a pour caractère particulier de se présenter sous l'aspect de cercles complets, plus ou moins étendus, dont le centre est évidé et ordinairement intact, et dont les bords rouges, enflammés, sont couverts de vésicules globuleuses extrêmement petites, auxquelles succèdent de petites squames si ténues, si minces quelquefois, qu'elles constituent une espèce d'état farineux. Ce cercle rouge est quelquefois d'une largeur considérable, si on le compare à l'étendue du point central resté sain; mais dans tous les cas, la rougeur s'étend toujours en dedans et en dehors au-delà des groupes vésiculeux, ceints ainsi d'une double auréole.

L'herpès circinné s'annonce toujours spontanément par des points rouges, ordinairement de la largeur d'un franc, quelquefois d'une étendue beaucoup moindre, et qui peuvent présenter, mais rarement, un diamètre de cinq à six centimètres. Ces points, quelle que soit leur surface, ont toujours l'apparence de disques bien arrondis, bien qu'exceptionnellement le cercle puisse être allongé en ovale; mais la forme en anneaux n'est pas toujours aussi appréciable, surtout au début, et quand le point rouge est très borné. Le point central est seulement plus pâle dans les petits cercles; mais il est bien évidemment sain dans les plus grands.

Quoi qu'il en soit, si l'on suit attentivement le développement de la maladie, on voit la circonférence de la plaque

se couvrir de petits soulèvemens, qui présentent tout d'abord la couleur de la surface enflammée qui leur sert de base. Ce sont des vésicules très petites, mais aussi très confluentes, et bien évidemment globuleuses; elles contiennent un liquide transparent, qui rarement se trouble, de sorte qu'il faut une assez grande attention quelquefois, pour reconnaître la vésicule elle-même. Cependant celle-ci s'affaisse petit à petit, s'ouvre, laisse échapper le liquide qu'elle renfermait; celui-ci se change alors en squames minces, petites, qui sont peu adhérentes, tombent très rapidement; de sorte qu'au bout de huit à dix jours, tout est fini, et qu'il ne reste plus de l'éruption qu'une rougeur légère qui passe elle-même bientôt.

Telle est ordinairement la marche de l'herpès circinné, accompagné ordinairement d'un peu de démangeaison, quelquefois d'une cuisson très légère. Cependant cette marche peut présenter quelques différences qu'il est bon de connaître pour le diagnostic. Quelquefois les vésicules se flétrissent, et alors au lieu de se couvrir de squames, les cercles ne présentent qu'une exfoliation à peine sensible; dans quelques cas les disques peuvent aller en s'élargissant et acquérir ainsi une étendue assez considérable : ils sont alors peu nombreux; il peut même n'y en avoir qu'un seul; d'autres fois au contraire, ils seront en très grand nombre, ils pourront se rapprocher, devenir confluens, se confondre enfin, de manière à ne plus présenter qu'une seule plaque farineuse, que l'on pourrait prendre alors pour celle d'un eczéma squameux : dans ces cas on retrouvera la variété si, étudiant attentivement la maladie, on vient à apprécier les portions de cercles qui existent toujours à la circonférence de l'éruption, et qui lui impriment un aspect que l'on ne peut méconnaître. Cette variété de marche, plus fréquente peut-être qu'on ne le croit, a une valeur réelle; elle suffit pour constituer une espèce à part que j'ai appelée *herpès squameux*. Cette forme, non décrite encore, et dont j'ai vu un grand nombre d'exemples, a d'autant plus d'importance qu'on la retrouve parmi les éruptions syphilitiques, jouant un rôle qu'on n'avait point soupçonné. Enfin elle est très intéressante à étudier, puisque au point de vue du diagnostic, elle présente des caractères qu'il est très utile de connaître, qu'elle peut être facilement méconnue, et s'aggraver souvent sous l'action d'un traitement inopportun.

Si l'herpès circinné est composé d'une seule plaque ou de plusieurs petits anneaux qui se sont développés en même temps, l'éruption dure ordinairement de huit à dix jours; si au contraire l'herpès a été constitué par l'apparition successive de plaques qui se sont manifestées les unes après les autres, alors la maladie peut durer deux, trois et même quatre septénaires. Quant à la rougeur qui survit à l'herpès circinné, elle persiste plus ou moins long-temps, à raison et de la finesse ou de la susceptibilité de la peau, et aussi de la durée de l'affection elle-même.

L'herpès circinné a bien évidemment des siéges de prédilection : si on le rencontre aux bras, aux épaules, à la poitrine, c'est au cou et à la face qu'il se montre avec une préférence telle, que s'il était possible de classer les maladies de la peau d'après leur siége, l'herpès circinné devrait être rangé parmi celles qui affectent le visage : on voit très souvent chez les jeunes filles à peau fine et blanche, chez les enfans surtout, de petits anneaux d'herpès circinné siéger soit aux joues, soit au front, soit au menton. Cette circonstance de siége n'est pas seulement un de ces faits que la statistique aime à constater. C'est ici une donnée qui a une valeur réelle : en effet, une femme peut attacher une grande importance à ces rougeurs, siégeant au milieu du front, je suppose : elle peut en être tourmentée, s'en effrayer presque....; le désir de l'en débarrasser vite peut conduire un observateur mal inspiré à employer des moyens, qui irritent un mal léger, l'aggravent, et produisent une véritable maladie. J'ai vu, il y a peu de temps avec M. le professeur Marjolin, une jeune fille qui nous a présenté un triste exemple de cette erreur de diagnostic. Elle était atteinte d'une large plaque d'herpès circinné, siégeant au front, plaque que l'on avait combattue vainement avec des moyens de plus en plus actifs et qu'enfin on avait cru devoir attaquer par les caustiques..... Quand je vis la malade, la plaque d'herpès était largement enflammée.... et cependant, pour obtenir une guérison complète, achetée, hélas! au prix d'une cicatrice indélébile, il suffit de faire cesser l'usage des moyens mal-à-propos employés.

L'herpès circinné se développe sans cause générale bien connue : il affecte de préférence les jeunes gens, les enfans, les femmes, celles surtout qui sont blondes, qui ont la peau fine et très délicate : il paraît se développer facilement sous l'impression du froid; il peut aussi être causé par des applications stimulantes, par des cosmétiques, etc.

L'herpès circinné est, avec les caractères que nous lui connaissons, une maladie qu'il est facile de reconnaître; cependant, à raison même de sa forme ronde, il peut être confondu avec d'autres espèces dont il importe de le distinguer. Quand les vésicules de l'anneau herpétique sont flétries et remplacées par de petites squames, il est alors possible de le prendre pour un disque de la lèpre vulgaire : l'erreur serait d'autant plus facile, que l'on aurait affaire à un de ces anneaux qui vont en s'élargissant, et qui acquièrent quelquefois une assez grande dimension. Cependant on devra se rappeler, comme nous le verrons plus tard, que le cercle de la lèpre est constitué par un anneau papuleux, tandis que dans l'herpès circinné la circonférence n'offre point de saillie, que toute la surface de l'éruption est plane et unie; que d'un autre côté les squames de la lèpre, argentées, chatoyantes, dures, n'offrent nulle analogie avec les petits débris squameux, gris, friables de l'herpès; enfin on devra être éclairé soit par l'appréciation de quelques vésicules aux limites de l'éruption d'une part, soit de l'autre par l'existence d'autres cercles papuleux et squameux, car la lèpre est rarement constituée par un seul anneau : en présence des caractères propres à chacune des deux maladies, l'erreur devrait cesser.

On a cru devoir distinguer l'herpès circinné de l'affection que l'on appelait le *porrigo scutulata*, surtout parce





E. Beauvart, del. Choubard, sc.

Herpes Squammeux

Bougeard, imp.

qu'on avait donné indistinctement à ces deux maladies le nom de *ringworm* qui n'appartient ni à l'une ni à l'autre, comme nous le verrons tout-à-l'heure : cette distinction doit être regardée comme inutile, si l'on songe que le *porrigo scutulata* était une affection pustuleuse, arrondie, mais sans forme annulaire, donnant lieu à une sécrétion purulente, et à des croûtes.

Il peut être plus difficile de séparer l'herpès circinné squameux de la variété du lichen, que l'on appelle *lichen circumscriptus;* cependant l'erreur n'est possible qu'autant que l'on a affaire dans l'un et dans l'autre cas à de très petites plaques, puisque, si elles étaient assez étendues, on devrait retrouver la forme annulaire de l'herpès, caractère suffisamment tranché, et qui le sépare du lichen dans lequel le cercle est plein, sans aucun point central où la peau soit saine. Mais même dans le premier cas, on pourra arriver à un diagnostic précis, en séparant l'aspect farineux mais uni de l'herpès, de la surface raboteuse, comme grenue du lichen.

Le traitement de l'herpès circinné se rapporte nécessairement à celui de l'herpès en général. Ici cependant on emploie avec avantage des lotions légèrement acides, alcalines, alumineuses; quelquefois il suffit d'un peu d'eau de son, additionnée de quelques gouttes de jus de citron. Si l'éruption était un peu étendue, on préférerait utilement quelques légers laxatifs, des bains alcalins. Je n'ai pas besoin de répéter qu'il faut rejeter avant tout la cautérisation, qui, quelle qu'elle soit, est toujours au moins inutile; on pourra pour hâter la résolution des plaques, faire oindre les points malades avec un peu de pommade au calomel (2 grammes pour 30 grammes d'axonge).

Herpès tonsurant. — A côté de ces variétés de forme, il en est une, non décrite encore, du moins quant à ses véritables caractères, et qu'il faudrait ranger dans la classe de l'herpès circinné squameux, auquel elle se rapporte évidemment par sa sècheresse et par sa forme arrondie : c'est l'*herpès tonsurant,* maladie connue d'hier, bien qu'elle ait été signalée à plusieurs époques, et sous différens noms.

Nous avions décrit pendant long-temps sous le nom de *ringworm,* une variété du porrigo, le *porrigo scutulata;* mais depuis quelques années, j'avais cru comprendre d'après les récits de quelques pathologistes anglais, qu'il fallait entendre par ce nom une maladie tout autre que celle que l'on connaît vulgairement sous le nom de *teigne;* je rapprochais ces notions vagues encore de la description que M. Mahon a laissée de la *teigne tondante,* et je reconnus que bien évidemment nous étions dans l'erreur, que le ringworm des Anglais, et la teigne tondante de M. Mahon signifiaient une même maladie, qui n'était pas le porrigo scutulata, comme nous l'avions pensé, qui n'était pas non plus le porrigo decalvans avec lequel on l'a confondue, et dont nous aurons occasion de nous occuper plus tard. J'étais sur le chemin de la vérité; le hasard allait faire le reste.

Le 29 avril 1840, je fus appelé par le proviseur d'un collége de Paris, pour voir avec le médecin et le chirurgien de la maison, plusieurs enfans atteints d'une affection particulière du cuir chevelu. Voici ce qu'on me raconta tout d'abord. L'année précédente, à-peu-près à la même époque, six ou huit enfans du petit collége avaient été atteints d'une éruption analogue à celle que l'on allait me faire voir : le mal ne s'était bien évidemment développé que depuis l'arrivée d'un jeune élève qui lui-même en était atteint avant son entrée; on remarqua que ceux qui en furent affectés les premiers étaient précisément les voisins de ce petit malade : du reste la maladie serait restée ainsi limitée au petit collége, excepté cependant un fait qui aurait été observé au moyen collége, mais sur le frère d'un des malades du petit. Par une coïncidence bizarre, l'élève accusé d'avoir été le point de départ de la maladie, avait été précédemment confié à mes soins par sa mère, et j'avais eu la satisfaction de le guérir : aussi était-ce à cette circonstance que je devais d'avoir été appelé pour combattre un mal qui avait d'ailleurs résisté à tous les moyens employés jusqu'à ce jour.

Quoi qu'il en soit, on me montra quatorze enfans, plus tard seize, qui en étaient atteints : je reconnus alors aux caractères que je vais vous faire connaître, cette variété de l'herpès que Biett avait pressentie, et qu'il désignait vaguement comme une maladie contagieuse : pour moi, c'était bien évidemment une forme de l'herpès circinné; je retrouvais là sa forme ronde, sa superficialité, son développement excentrique : on me demandait mon avis; je crus devoir répondre que ce n'était pas une maladie grave, qu'elle devait guérir, que j'en avais vu déjà des exemples; mais qu'il était absolument impossible d'assigner un terme précis et surtout rapide à la guérison : cette réserve parut insuffisante et l'on demanda d'autres soins. Depuis j'ai eu occasion d'observer un assez grand nombre de faits du même genre, et j'ai pu me convaincre que cette maladie présente en effet tous les caractères qui lui ont valu le nom d'*herpès tonsurant.*

J'entends donc par ce nom une affection de la peau, siégeant toujours au cuir chevelu, caractérisée par des plaques ordinairement bien arrondies, qui tendent à s'agrandir sans cesse, qui sont couvertes au début de vésicules très petites, qui se reproduisent en suivant un mouvement d'extension excentrique et continu, et auxquelles succède une desquamation différente de celle de l'herpès circinné en ce qu'elle existe au centre comme à la circonférence : ces plaques présentent secondairement une surface inégale, sèche, parsemée d'aspérités sensibles à la vue et au toucher, recouverte de cheveux, rompus très également à 3 ou 4 millimètres du niveau de l'épiderme, de manière à former une véritable tonsure.

L'herpès tonsurant se manifeste sur un point ordinairement très limité, qui doit servir de centre à une circon-

Herpès circinné
" Tonsurant
Sycosis
} sont trois manifestations diverses de la présence d'un champignon du genre Trichophyton –.
Les variétés d'aspect tiennent à la nature différente du [illegible] contaminé –
Herpès circinné – peau glabre

férence tendant sans cesse à s'agrandir. Il peut exister plusieurs de ces petites plaques à-la-fois, mais toutes bien exactement arrondies, rouges, et couvertes tout d'abord de vésicules très petites, très éphémères, qui se terminent toujours par résolution, et donnent lieu à une desquamation plus ou moins abondante, mais qui n'apparaît qu'alors que le cheveu est déjà brisé. La plaque s'élargit en suivant un mouvement d'extension excentrique; les cheveux se brisent, et ainsi la tonsure augmente incessamment; mais ce qu'il faut bien remarquer, c'est que le centre présente toujours cet état squameux qui succède à l'inflammation vésiculeuse, qu'il n'est jamais sain. Les plaques offrent une étendue variable, qui va de la largeur d'une pièce de deux francs à celle d'un écu de six livres : le plus souvent la tonsure est unique; mais il peut exister aussi plusieurs cercles à-la-fois, et il peut arriver qu'en suivant leur marche excentrique continue, ils se rejoignent et se confondent en une seule et vaste plaque, pouvant occuper une moitié de la tête, et offrant sur ses bords irréguliers des quarts, des moitiés de cercle encore bien manifestement appréciables. Arrivée à ce que l'on peut appeler son état parfait, la maladie présente alors un aspect vraiment remarquable : le cuir chevelu est parsemé çà et là de véritables tonsures, bien régulièrement arrondies, sèches, inégales, hérissées de petites squames blanches, qui, dans quelques cas, semblent entourer la base du cheveu détruit, et finissent, en montant le long de cette tige, par l'entourer à une certaine distance comme une sorte d'étui ou de collier. La maladie offre assez bien l'aspect de ce qu'Alibert appelait la *teigne amiantacée :* les plaques sont sans rougeur, sans humidité; la peau d'une teinte gris bleuâtre, est tantôt plane, tantôt comme soulevée par un gonflement qui l'intéresserait dans toute son épaisseur. Mais ce qu'il y a de bien remarquable, c'est qu'évidemment la brisure des cheveux précède l'état squameux de la plaque, qu'elle est le phénomène principal, tandis que celui-ci ne semble être qu'un accident secondaire. Du reste, il n'y a pas de chaleur, presque pas de démangeaison. Ajoutons enfin une circonstance très curieuse, et qui présente un haut intérêt : c'est que quatre fois sur cinq, j'ai vu les jeunes malades affectés d'herpès tonsurant, porter soit au front, soit au cou, des plaques d'herpès circinné. Je n'ai pas besoin de vous dire ce qu'il faut conclure de cette coïncidence.

Le plus souvent il n'y a qu'une seule plaque; mais j'ai vu des enfans qui en présentaient plusieurs : ces plaques peuvent occuper tous les points du cuir chevelu, mais elles semblent avoir une préférence marquée pour la partie latérale postérieure de la tête. Quand il existe plusieurs plaques, j'ai remarqué que l'une était singulièrement plus grande que les autres. Les plaques peuvent exister aussi à plusieurs états; à côté d'un large cercle squameux, on peut trouver un petit disque grand comme un centime, où les cheveux sont coupés court, mais sans apparence de desquamation.

La marche de l'herpès tonsurant est essentiellement chronique; je l'ai vu durer pendant des mois entiers, même au-delà d'une année.

La cause première de l'herpès tonsurant est inconnue; il paraît être entretenu ou même augmenté par la malpropreté; il ne se manifeste que dans la seconde enfance, ou du moins je ne connais pas d'exemple de son apparition chez l'adulte, et même passé quinze ans : rien ne démontre qu'il soit plus fréquent chez un sexe que chez un autre : mais ce qui est hors de doute, c'est qu'il constitue une affection essentiellement contagieuse. Cette propriété me paraît bien établie par les faits qui ont été soumis à mon observation. La marche de la maladie au collége où j'ai été appelé, la coïncidence de cette marche avec certains cas particuliers, tout met ici la contagion hors de doute et de controverse. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, j'ai vu un jeune garçon qui avait contracté un herpès tonsurant, sans qu'on pût trouver d'autre cause que l'imprudence qu'il avait commise et avouée, de mettre la casquette d'un de ses camarades atteint de la même maladie; puis ce même enfant atteint d'une rougeole est obligé de rester chez sa mère, où pendant sa convalescence, il communique sa maladie à son frère plus jeune que lui.

Ainsi il y a une maladie vésiculeuse, dans laquelle il faut retrouver le ringworm des Anglais, maladie qui affecte le cuir chevelu, qui est contagieuse, mais qui n'est ni la *teigne*, ni le porrigo decalvans : c'est une variété de l'herpès, une forme d'herpès circinné squameux, c'est ce que j'ai appelé l'herpès tonsurant. Cette affection, bien que tenace et opiniâtre, n'est cependant pas grave; elle guérit toujours sans produire d'alopécie; car, ainsi que vous le savez maintenant, le cheveu est coupé, brisé, mais il n'est pas détruit; il repousse, et la maladie ne laisse après elle ni difformité, ni cicatrice. Quand l'herpès tonsurant touche à la guérison, on voit peu-à-peu les plaques perdre de leur aspect chagriné. Les surfaces rugueuses s'aplanissent; la desquamation cesse, le cheveu repousse et les choses reviennent ainsi par degrés à leur état normal.

Le diagnostic de l'herpès tonsurant a comme celui de toutes les affections contagieuses, une importance que l'on comprend facilement : il faut donc s'habituer à le distinguer de toutes les maladies du cuir chevelu, avec lesquelles il pourrait être confondu. Son état de sècheresse, la desquamation qui l'accompagne, l'épaississement de la peau dont il peut être compliqué, tout cela pourrait lui donner quelque analogie avec le psoriasis siégeant au cuir chevelu, et devenir une cause d'erreur : mais dans le psoriasis, ou dans la lèpre, si ronde que soit la plaque, on ne trouve jamais la tonsure caractéristique de l'herpès : les cheveux sont tombés çà et là, irrégulièrement, et comme entraînés par des squames larges, sèches, blanches, que l'on doit séparer bien facilement de la desquamation presque farineuse de l'herpès tonsurant.

On pourrait le prendre aussi pour un eczéma squameux, siégeant au cuir chevelu; mais d'une part on se rappellera

que la forme ronde, que la brisure des cheveux, que la sècheresse sont des caractères particuliers à l'herpès tonsurant, tandis que l'eczéma se manifeste par plaques irrégulières; que, si sec qu'il soit, il trahit toujours par quelque point le suintement qui lui appartient en propre : on se souviendra que dans cette dernière affection les squames sont le produit d'un liquide épanché, qui s'est concrété à l'air en lamelles minces, sèches, mais toujours différentes de l'exfoliation farineuse qui existe dans l'herpès.

Il est difficile, pour peu que l'on ait vu quelques cas de porrigo, de confondre cette maladie avec l'herpès du cuir chevelu : il n'y a entre eux de ressemblance que la contagion. Il est impossible de prendre une plaque d'herpès tonsurant avec les caractères que nous lui connaissons, pour une plaque de porrigo, qui soit avec ses pustules, soit avec ses croûtes, soit avec la calvitie qu'il entraîne fatalement, porte un cachet tellement spécial, qu'un examen tant soit peu attentif doit rendre, au moins pour ce cas, toute erreur impossible.

On a enfin, et ici l'erreur résulte surtout de la confusion des mots, on a confondu l'herpès tonsurant avec le *porrigo decalvans*, ou *vitiligo*. Ici le diagnostic est cependant moins obscur encore que pour le porrigo lui-même. En effet, dans le *vitiligo*, la peau est décolorée, d'un blanc de lait; la surface est lisse, polie, brillante; elle est complétement chauve, comme le comporte le nom de *decalvans;* dans l'herpès, la peau est d'un gris bleuâtre; elle présente une surface inégale, raboteuse, parsemée de débris squameux; les cheveux ne manquent pas; ils sont seulement coupés court; il n'y a pas calvitie, il y a tonsure : je le demande maintenant, peut-on confondre deux maladies aussi distinctes?

L'herpès tonsurant est toujours une maladie longue, sinon grave; on peut quelquefois attendre la guérison pendant une année entière. Cela tient beaucoup sans doute à la ténacité naturelle de l'éruption, mais un peu peut-être à ce que le traitement qui lui convient n'a pas encore la sanction du temps et de l'expérience. Sur ce point, je ne puis que vous dire ce que les faits m'ont appris, et les résultats des essais que j'ai tentés moi-même.

En général, il faut se défier de la tendance que l'on pourrait avoir à user d'applications irritantes contre une maladie chronique et qui paraît essentiellement locale : l'expérience m'a appris que ces applications ne valaient rien, qu'il ne fallait rien attendre d'heureux des pommades trop actives, des cautérisations, des vésicatoires *loco dolenti :* bien au contraire, je les ai vus souvent convertir l'herpès en un véritable *impetigo*, déterminer une inflammation érythémateuse des parties voisines, et cela sans qu'il en résultât aucune modification favorable de la maladie première, qui après la disparition des symptômes accidentels, n'en suivait pas moins sa marche habituelle, si même elle n'avait pris une intensité plus grande qu'auparavant.

J'ai employé avec des résultats variables, mais souvent avantageux, les onctions avec les pommades au calomel, au s. carbonate de potasse, au s. borate de soude, à l'oxyde rouge de mercure, dans la proportion de 1 gramme pour 20 à 50 grammes d'axonge; les lotions avec une infusion de roses rouges, avec une décoction de racines d'aunée, avec de l'eau de savon, avec une solution de s. borate de soude, de s. carbonate de potasse, dans la proportion de 2 à 5 grammes pour 500 grammes d'eau distillée; je me suis bien trouvé, dans plusieurs cas, de frictions faites avec la pommade suivante : onguent citrin, 20 grammes; goudron, 10 grammes. F. s. a. Mais de tous les traitemens celui qui m'a donné les résultats les plus sûrs et les plus prompts, consiste : 1° à faire faire le soir, au moment du coucher, des onctions sur les points malades, avec un peu de la pommade suivante : tannin, 1 gramme; axonge, 30 grammes; eau, q. s. F. s. a.; 2° à faire laver le matin les mêmes parties avec une des lotions alcalines que j'ai citées tout-à-l'heure; 3° à faire prendre deux ou trois fois la semaine un bain alcalin, en recommandant au malade de se laver la tête avec de l'eau du bain. Quelquefois, mais rarement, j'ai remplacé ce bain par une douche légère de vapeur aqueuse.

Quant au traitement intérieur, il suffit, du moins je n'ai pas tenté autre chose, d'administrer au malade des moyens appropriés à son état, et qui consistent le plus souvent dans des amers.

J'ajouterai, en terminant, que d'une part il importe d'isoler les enfans, ou du moins d'empêcher tout contact qui pourrait être dangereux, que de l'autre il faut apporter dans le traitement de cette affection, autant de persévérance qu'elle peut montrer de ténacité.

Herpès iris. — Parmi les variétés de forme, qui appartiennent au genre herpès, il en est une très curieuse, très rare aussi, mais si légère, que n'était sa singularité d'aspect, elle ne mériterait pas une mention particulière; je veux parler de l'*herpès iris*.

Cette forme est caractérisée par une plaque que forme un petit groupe vésiculeux central, entouré de quatre anneaux érythémateux de nuances différentes. Bateman est le premier qui l'ait décrite et rangée dans le genre herpès.

L'herpès iris débute par une petite tache, qui bientôt se sépare en petits anneaux de couleurs différentes. Dès le second jour, on voit le point central se couvrir de petites vésicules transparentes, qui se flétrissent au bout de deux ou trois jours : à ce moment le liquide qu'elles contenaient s'est troublé, et donne à la plaque centrale une teinte jaunâtre; alors aussi les zones érythémateuses qui l'entourent ont pris une coloration différente, résultant probablement de la dégradation des teintes, en raison de leur éloignement du point central. Elles forment quatre anneaux distincts, disposés les uns dans les autres comme les couleurs d'une cocarde, et de manière à former un cercle général,

de la largeur d'un franc à-peu-près : la première de ces zones, en partant du centre, est d'un rouge brun, la seconde d'un blanc jaunâtre, la troisième d'un rouge foncé, la quatrième d'une teinte rosée, qui va se perdant avec la coloration de la peau voisine. On ne trouve pas toujours aussi distincte cette disposition en arc-en-ciel, qui est, comme vous le voyez, le seul caractère particulier de cette forme, plutôt jolie d'aspect qu'intéressante pour l'étude.

Quant à l'affection vésiculeuse, qui la rattache au genre herpès, elle se termine ordinairement vers le dixième ou le douzième jour, par résorption et par une desquamation légère : quelquefois les vésicules peuvent se rompre, et former de petites squames, qui tombent rapidement.

On rencontre l'herpès iris surtout au front, aux mains, aux coudes-pieds, aux doigts, enfin à tous les points qui font saillie, et qu'il semble affectionner particulièrement. On le trouve principalement chez les enfans, les jeunes gens à peau fine, et les femmes blondes : il n'y a pas d'ailleurs d'étiologie particulière.

Cette légère affection, que l'on ne peut confondre avec rien, n'exige la plupart du temps aucune espèce de traitement : dans tous les cas elle réclamerait les moyens que je vous ai indiqués pour l'herpès circinné.

Herpès iris. — Herpès labialis. — Thérèse D..., âgée de vingt-huit ans, cuisinière, brune, d'une excellente constitution, bien réglée, née à Oisemont (Somme). Cette fille n'a jamais eu, dit-elle, de maladie de peau. Sa santé est généralement bonne, à part quelques légers rhumes qui, depuis quatre à cinq ans, la tourmentent pendant l'hiver, parce qu'ils récidivent sous l'influence d'un simple écart de régime, de la cause la plus légère en apparence.

Thérèse présente deux variétés du genre Herpès, l'herpès labialis et l'herpès iris, consécutifs à un de ses rhumes habituels. Il y a trois semaines environ, et à la dernière période de son rhume, elle éprouva subitement un frisson assez vif, avec céphalalgie et courbature. Le lendemain, sur les lèvres déjà rouges et douloureuses se développèrent des vésicules, qu'elle écorcha tout de suite. Il s'en écoula un peu de sérosité jaunâtre, et au bout de deux ou trois jours, l'ouverture de la bouche était entourée par un cercle de croûtes brunâtres.

La céphalalgie et la courbature avaient disparu. Thérèse voulut se purger. Le surlendemain elle toussait plus fort, et ses mains devenaient le siége de l'herpès iris. L'éruption, que précédaient des élancemens très vifs, était formée, dit la malade, au début par un point blanchâtre qu'entourait bientôt une rougeur plus ou moins grande en étendue, et sur laquelle ne tardaient pas à se dessiner des zones de couleur variable. Les élancemens s'étaient peu-à-peu calmés, la toux avait cessé tout-à-fait.

Voici quel est l'état de la malade le 5 avril, à la visite du matin. L'herpès labialis n'occupe que la muqueuse et se termine à sa jonction avec la peau, par un liséré de croûtes brunâtres assez adhérentes. La face postérieure des lèvres, jusqu'au sillon qui les sépare des gencives, présente une vive rougeur; elle est recouverte de légères exulcérations à fond grisâtre. Les lèvres, la supérieure surtout, sont tuméfiées ; aussi les mouvemens en sont-ils gênés et douloureux.

Aux mains, siége, ai-je dit, de l'herpès iris, les disques qui le constituent présentent quelques caractères différens à la face dorsale et à la face palmaire. C'est sur la première de ces deux régions qu'on retrouve assez nettement dessinés tous les signes de cette singulière affection. Ainsi, sur le dos de la main droite et presque à son centre, on voit un groupe de sept anneaux, chacun de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Chaque anneau, séparé des autres, présente une partie centrale déprimée, de couleur brunâtre, et dont le milieu est occupé par une petite saillie, vestige de la vésicule primitive, et une circonférence qui forme un relief avec plusieurs zones de couleurs différentes : ensuite un petit liséré rouge qu'entoure un cercle beaucoup plus grand, d'un blanc grisâtre; enfin une auréole érythémateuse entourant ce second cercle sur lequel existe un groupe de petites vésicules bien apparentes qui déterminent la saillie de chaque disque ; çà et là, en examinant avec attention, on peut distinguer sur la zone érythémateuse quelques vésicules excessivement petites et luisantes. Un anneau semblable aux précédens existe à la face inférieure dorsale de l'avant-bras.

A la paume de la main, les anneaux sont plus irréguliers. Vers le milieu, un groupe de quatre disques agglomérés, incomplets au point de leur jonction, forme ainsi un grand cercle festonné qui se réunit à d'autres cercles plus petits siégeant sur le pouce et dans l'intervalle qui le sépare de l'index. Tous ces anneaux sont semblables, mais différens des premiers ; la saillie centrale y existe, mais il n'y a pas de relief à la circonférence ; la zone blanchâtre qui devrait le constituer est formée toutefois par des vésicules, comme la marche de l'éruption l'a bien démontré. Le petit liséré rouge concentrique à cette zone est très confus ; par contre, l'auréole érythémateuse extérieure a une plus grande étendue. Si les vésicules ne déterminent aucune saillie, faut-il l'attribuer à l'épaisseur de l'épiderme, plus considérable à la paume qu'au dos de la main? Enfin on voit irrégulièrement disséminés sur le bord cubital ainsi que sur les faces dorsale et palmaire des doigts, des disques à des périodes diverses, depuis la vésicule centrale jusqu'à l'anneau complet; mais dans tous, le relief de la zone vésiculeuse manque. Ces mêmes caractères se retrouvent dans les groupes qui siégent aussi sur le dos ou à la paume de la main gauche.

La toux et la courbature sont dissipées ; les élancemens reviennent encore par accès irréguliers, et surtout quand la malade éprouve du chaud ou du froid. Prescription : limonade; cinq portions d'alimens solides.

Le 7 avril, la rougeur érythémateuse est éteinte, le relief des anneaux entièrement effacé; le liquide des vésicules a disparu. Chaque disque ne présente qu'une couleur d'un blanc jaunâtre et une légère desquamation. A la paume des

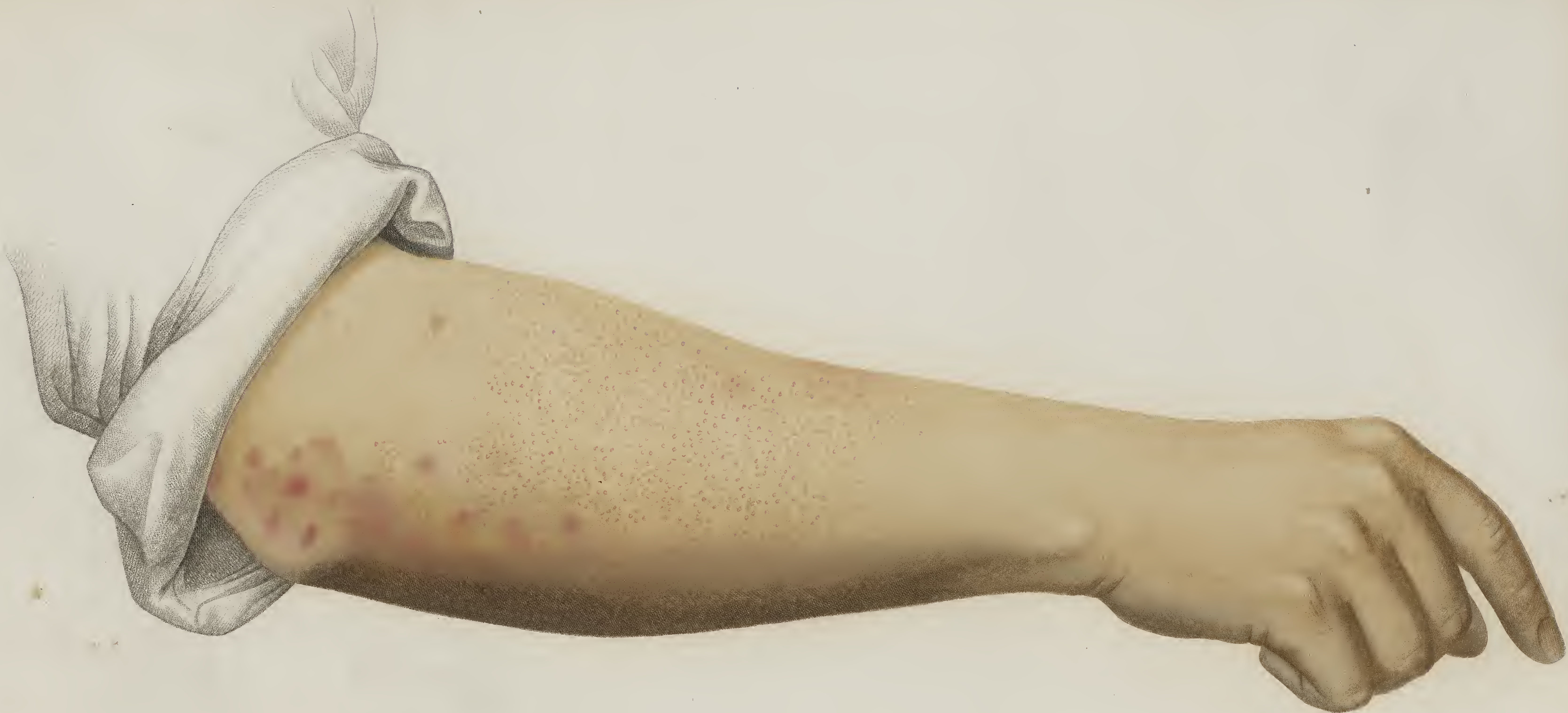


E. Bocourt, del.

Annedouche, sc.

Herpes Circinné — Herpes Iris.

Bougeard, imp.



E. Bocourt, del. Bocourt, sc.

Eczema

Bougeard, imp.

mains, le cercle rouge n'existe plus ; tous les petits anneaux qui étaient à leur première période se sont arrêtés dans leur développement; on ne les distingue que par une coloration un peu brunâtre de la peau. Quelques croûtes se détachent des lèvres et ne se renouvellent plus. La malade prend un bain simple, remplacé les jours suivans par un bain alcalin qui est continué jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Le 10 avril, la desquamation est finie sur les disques du dos de la main. La peau s'y présente presque avec les caractères normaux. C'est alors qu'on peut s'assurer de l'existence réelle de la zone vésiculeuse dans les anneaux de la paume de la main, car le liquide étant résorbé et l'épiderme déchiré sur un point de sa circonférence, on voit manifestement que là se trouve un canal complet, dans lequel on fait, par la pression, circuler des bulles d'air avec facilité. Ce canal est séparé de la saillie centrale par un espace où la peau est saine, ce qui donne à chaque disque un caractère particulier qui rappelle assez bien la forme première de l'éruption, et qu'il conserverait encore bien long-temps, si la malade n'arrachait chaque jour quelque portion d'épiderme. Toutes les croûtes des lèvres sont tombées; au-dessous, la muqueuse est rosée, sans excoriation. Les démangeaisons reviennent, mais moins vives, et à des intervalles irréguliers. La malade sort guérie le 19 avril.

ECZÉMA.

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'une des maladies de la peau les plus intéressantes sans contredit; j'ai à vous faire l'histoire de l'Eczéma, affection si communément répandue, qu'elle embrasse la plupart de toutes les formes diverses que l'on confondait autrefois sous le nom de *dartres*. D'un autre côté, et à raison même des différentes variétés qu'il présente, l'eczéma résume la plus grande partie des considérations générales que je vous ai soumises sur l'étiologie des maladies cutanées; l'eczéma est surtout l'exemple le plus remarquable du rapport qui existe entre certains troubles fonctionnels plus ou moins intenses et le développement d'éruptions que l'on pourrait appeler sympathiques. Enfin, l'eczéma présente une importance extrême au point de vue du diagnostic, et surtout du traitement.

L'eczéma a été connu dans tous les temps : c'est la *dartre vive* de Sauvages, la *dartre squameuse humide* d'Alibert; au cuir chevelu, c'était la *teigne furfuracée*, etc. Quoi qu'il en soit de ses dénominations diverses, c'est pour nous une inflammation de la peau, caractérisée par une éruption de vésicules ordinairement aplaties, très nombreuses, agglomérées, mais se développant sur des surfaces mal circonscrites, toujours irrégulières, suivie quelquefois d'un suintement plus ou moins abondant de sérosité, accompagnée d'excoriations, de squames, dans quelques cas de croûtes légères.

Vous voyez donc que l'eczéma se présente sous différens aspects et à certains états, ce qui a dû conduire à admettre plusieurs variétés. D'abord, il peut être aigu, il peut être chronique. Ce double caractère, qui appartient à toutes les affections de notre premier groupe, acquiert ici une valeur extrême, comme nous pourrons nous en convaincre en faisant l'histoire de ces deux états si différens.

Eczéma aigu.— *Eczéma simplex.*— A l'état aigu, l'eczéma se manifeste tantôt par une seule éruption, tantôt par une série d'éruptions successives, mais ayant toutes un caractère d'acuité bien évident. Il peut présenter des différences bien sensibles et former trois espèces distinctes, qui ne sembleraient, à vrai dire, que des degrés divers de la même maladie. A son état le plus simple, l'eczéma est très peu étendu; il n'a été précédé ou accompagné que de symptômes généraux à peine appréciables, d'un peu de soif, de chaleur des urines : un sentiment de léger fourmillement a annoncé le développement des vésicules, qui sont très petites, très rapprochées, indolentes, sans aréole inflammatoire, répandues sur des surfaces qui ont conservé leur couleur naturelle. Ces vésicules sont pleines d'une sérosité limpide, qui leur donne un aspect brillant et une grande transparence : au bout d'un jour ou deux, ce liquide se trouble, prend une teinte laiteuse; alors il peut arriver, ou qu'il est résorbé, et la vésicule se flétrit, s'affaisse et disparaît en donnant lieu à une desquamation peu sensible; ou que la vésicule se déchire et que le liquide s'épanche au dehors, se concrète, et forme un petit disque squameux à peine appréciable, qui tombe très rapidement. Cette petite éruption, qu'accompagne un très léger prurit, peut ainsi durer sept à huit jours sans présenter jamais ces surfaces largement enflammées, ce suintement plus ou moins abondant, ces produits squameux incessamment renouvelés, qui caractérisent si souvent la même maladie à un autre état : elle passe sans laisser de traces. Elle peut durer un peu plus long-temps, entretenue par de petites éruptions partielles et successives; mais toutes elles présentent les mêmes caractères de bénignité : cette forme constitue l'eczéma simple.

Cette variété a ordinairement un siége très limité; ainsi elle occupe le bras, le dos de la main, l'intervalle des doigts, où elle en impose souvent pour la gale, qu'elle complique d'ailleurs assez fréquemment. Cependant j'ai vu l'eczéma simple être général. Il peut alors et dans certains cas, chez les enfans en bas âge, par exemple, constituer une maladie qui n'est pas sans gravité. Les éruptions se succèdent rapidement, avec un cortége de symptômes qui semblent s'exaspérer de plus en plus; et j'ai vu ainsi, chez de petits malades, survenir un abattement profond, en même temps que la constitution s'altérait sous l'influence de ces inflammations répétées.

Eczéma rubrum. — Quelquefois l'eczéma est caractérisé par des phénomènes d'inflammation bien plus marqués : il y a des symptômes généraux plus intenses, une soif vive; les points où va se faire l'éruption sont le siége d'une chaleur incommode, d'une tension douloureuse, quelquefois même d'une tuméfaction sensible des parties menacées; la peau enflammée se couvre d'une rougeur vive ; si alors on l'examine de près et avec une grande attention, on voit qu'elle est tout hérissée de petits points brillans, comme argentés : ce sont les pointes des vésicules qui saillissent déjà. Celles-ci apparaissent bientôt, grosses comme des têtes d'épingle, toujours un peu aplaties, mais si transparentes, qu'elles paraissent quelquefois avoir la rougeur de la plaque enflammée qui leur sert de base.

Quand l'inflammation a marché ainsi jusqu'à son maximum d'intensité, il arrive alors ce que nous avons vu pour l'eczéma simple, c'est-à-dire que le liquide contenu dans les vésicules se résorbe, que celles-ci se flétrissent sur place, et donnent lieu à une desquamation qui marque la fin de la maladie : c'est alors l'*Eczéma rubrum*, mais à son état le plus simple. Il peut arriver, en effet, des circonstances qui modifient la marche de l'éruption et lui impriment un caractère nouveau qui peut varier lui-même, de manière à constituer deux espèces différentes.

Dans l'eczéma rubrum, la maladie est évidemment constituée par un élément double : le soulèvement séreux, c'est-à-dire la sécrétion anormale qui appartient à l'affection vésiculeuse, et la congestion capillaire qui constitue un phénomène exanthématique. Ce dernier peut prédominer de telle sorte, que la rougeur persiste pendant quelque temps, et lorsque la lésion de sécrétion a cessé : alors la peau enflammée et érythémateuse apparaît toute parsemée de petits points exactement arrondis et entourés d'un petit liséré blanchâtre qui sert de ligne de démarcation entre la vésicule flétrie et le point où elle reposait : voilà le premier cas.

Dans le second, c'est au contraire la lésion de sécrétion qui dominera; les vésicules, après avoir conservé leur transparence pendant deux ou trois jours, prennent une teinte laiteuse, elles s'amollissent, se déchirent, laissant écouler le liquide qui les distendait. La surface enflammée s'excorie et devient le siége d'une irritation de plus en plus vive, à mesure qu'elle est baignée par le suintement qui s'y établit. La sérosité plus ou moins claire qui s'échappe de ces excoriations superficielles, forme incessamment des lamelles minces, molles, à peine adhérentes, quelquefois assez étendues, qui tombent facilement, laissant à découvert des surfaces enflammées et suintantes, qui se recouvrent bientôt des mêmes sécrétions épidermiques. C'est cet état de l'eczéma qu'Alibert appelait *dartre squameuse humide*. Et en effet, c'est sous cet aspect que l'eczéma mérite le mieux cette dénomination pittoresque. Alors la maladie peut être entretenue par des éruptions successives : ordinairement, après deux ou trois septénaires, l'exhalation séreuse devient moins abondante, les squames se reforment plus lentement, tombent avec moins de facilité; les surfaces reviennent peu-à-peu à leur état normal; la guérison marche de la circonférence au centre, et il ne reste bientôt plus qu'une empreinte rouge, qui brunit et disparaît peu-à-peu.

Eczéma impetigenodes. — Quelquefois l'inflammation est plus marquée encore; elle peut gagner plus profondément et imprimer à la maladie un caractère tout nouveau, qui constitue la troisième espèce ou le troisième degré de l'eczéma aigu; je veux parler de l'eczéma impetigenodes.

Cette forme peut se manifester spontanément; mais dans la plupart des cas, elle succède soit à un eczéma simple, soit, et c'est le plus souvent, à un eczéma rubrum. Quoi qu'il en soit, l'éruption se manifeste avec une acuité extraordinaire, surtout si le sujet est jeune, sanguin, robuste : la peau est comme tuméfiée, les vésicules primitives se déchirent avec rapidité et font place à d'autres soulèvemens moins ronds, contenant de prime abord un liquide moins transparent, qui se trouble, prend une teinte jaunâtre, puriforme. A cet état de transformation, la lésion élémentaire n'est plus seulement une vésicule; pourtant ce n'est pas une pustule encore : elle tient à-la-fois de l'une et de l'autre, et nous allons voir que les symptômes secondaires vont participer aussi de cette double nature. En effet, les vésicules pustuleuses ne tardent pas à se rompre, à laisser échapper le liquide qu'elles contenaient. Ce liquide ne forme plus seulement ces lamelles minces qui caractérisent l'eczéma ; il ne se concrète pas non plus en ces croûtes étagées, irrégulières, que nous verrons appartenir à l'impétigo : il se durcit en squames épaisses, jaunâtres, molles, semblables à des feuillets superposés, véritables croûtes squameuses qui tombent assez rapidement et laissent à découvert des surfaces rouges où suinte une sérosité roussâtre. Il se forme de nouvelles vésicules pustuleuses, qui suivent la même marche, présentent les mêmes phénomènes et aboutissent aux mêmes produits secondaires. La maladie continue ainsi par éruptions successives, jusqu'à ce que, sous l'influence d'une modification heureuse, les croûtes ne se reforment plus que difficilement, puis ne se reforment plus : l'éruption marchant en sens inverse de la progression ascendante, il semble que la maladie se dédouble ; ainsi on ne remarque plus que les lamelles minces, grises, un peu sèches de l'eczéma. Tout peut être terminé ainsi en deux ou trois septénaires.

L'eczéma impétigineux n'existe, comme je l'ai déjà dit, qu'à la condition d'une phlegmasie plus vive, qui intéresse plus profondément les organes de la peau. Cela est si vrai, que l'on a pu voir, sur le même individu, cette forme exister en même temps que l'eczéma rubrum, et quelquefois à côté de l'eczéma simple lui-même; j'ai même constaté que des vésicules devenues lactescentes dans un point, étaient cependant déjà séro-purulentes dans un autre. Ces faits établiraient aussi que l'exacerbation de la maladie peut, dans certains cas, être une affaire purement locale.

L'eczéma impétigineux est-il, comme on l'a prétendu, un eczéma compliqué d'impétigo? Non sans nul doute; et



E. Bocourt, del. Bocourt, sc.

Eczema Chronique.

Bougeard imp.

bien que la marche de la maladie puisse être dénaturée par son intensité même, il n'en est pas moins vrai que toujours au début elle est essentiellement vésiculeuse; que la lésion élémentaire seule subit une altération plus ou moins profonde; qu'il n'y a pas enfin mélange des deux types, mais transformation de l'un en l'autre. Ce phénomène est le résultat d'une exacerbation marquée de la phlegmasie, mais il n'est jamais dû, soit en totalité, soit en partie, aux causes qui produisent l'impétigo; aussi l'éruption n'est-elle jamais franchement pustuleuse. Si, dans quelques cas rares, l'eczéma est compliqué de pustules d'impétigo, ou même de pustules d'ecthyma, c'est qu'alors l'acuité de la maladie est plus grande encore.

A ses divers états, l'eczéma aigu est rarement accompagné de symptômes généraux tant soit peu sérieux; cependant quand il se présente avec un caractère de généralité, rare il est vrai, mais dont j'ai vu des exemples, alors il constitue une maladie réellement grave. Il peut être accompagné de fièvre, de troubles fonctionnels plus ou moins étendus : chez des individus affaiblis par l'âge, chez ceux qui ont la peau brune, sèche, le tissu cellulaire plus serré, l'eczéma peut se développer avec une très grande intensité et déterminer une inflammation qui s'étend jusqu'aux couches sous-jacentes du derme; les éruptions sont plus fréquentes, plus aiguës; la peau est sillonnée d'exulcérations douloureuses, recouvertes de squames humides, minces, de croûtes molles, etc. Dans ces conditions, la maladie marche avec lenteur, la guérison se fait long-temps attendre, et quand l'éruption s'est enfin modifiée heureusement, elle laisse après elle une coloration brune qui persiste long-temps et quelquefois ne passe jamais complétement. Ces taches, qui traduisent une altération lente de l'appareil chromatogène, sont d'ailleurs moins sensibles et surtout moins durables chez les sujets jeunes, à peau fine et molle. La résolution est, dans ce cas, rapide et complète; ce sont les vaisseaux capillaires qui restent seuls injectés; aussi la coloration disparaît-elle assez rapidement, sans laisser de traces appréciables.

Tels sont les divers caractères qui appartiennent à l'eczéma aigu : que cet état, au lieu de durer trois à quatre septénaires, se continue beaucoup plus long-temps, on aura l'eczéma chronique, et avec lui des modifications remarquables, et dans le retour des crises, et dans la forme de l'éruption et dans l'altération de la peau. En effet, dans la plupart des cas, la première de ces deux formes semble, sous l'empire de certaines conditions individuelles, prendre droit de domicile dans l'économie et se convertir en eczéma chronique, maladie toujours si pénible, si tenace, quelquefois si désespérante. La forme chronique peut ainsi succéder à un *eczéma simple*, mais le plus souvent elle se développe après l'*eczéma rubrum* ou l'*eczéma impétiginodes*.

Eczéma chronique. — L'eczéma chronique est constitué, soit par une suite infinie d'éruptions successives, qui toutes présentent certains caractères d'acuité, soit par un état permanent, n'offrant plus alors ni rémissions, ni exacerbations bien sensibles. Quoi qu'il en soit, il prend une physionomie qui lui est propre.

Tantôt le caractère principal est une sécrétion des plus abondantes, la peau est baignée sans cesse par un liquide séreux dont le suintement peut devenir tel, qu'il faille changer presque à chaque instant les linges qui recouvrent les parties malades, linges salis avec une rapidité extrême, et qui, lorsqu'on les enlève, laissent à nu des surfaces rouges, tuméfiées, ramollies, et portant les empreintes de la toile dont elles étaient recouvertes : si l'on examine alors avec attention les points où la peau est comme macérée, on voit à l'œil nu, mais plus facilement à la loupe, de petits pertuis béans, dont l'orifice laisse sourdre une gouttelette de sérosité; ces pertuis ne sont autre chose que les orifices des canaux sudorifères. Quelquefois le liquide sécrété est un peu moins abondant et plus ichoreux : la peau se couvre d'excoriations, de gerçures douloureuses, surtout aux articulations. En enlevant le linge, même avec précaution, une foule de points sont encore arrachés, il en résulte un écoulement de sang et des déchiremens toujours douloureux. Cet état peut se prolonger pendant un temps fort long. D'autres fois les surfaces malades se recouvrent de squames larges, mais minces, jaunâtres, molles, peu adhérentes, qui se détachent et tombent, laissant à découvert des points rouges, mais moins humectés. La maladie est entretenue par une suite d'éruptions nouvelles, qui souvent passent inaperçues; elle peut aussi, s'étendant sans cesse, prendre un caractère de généralité, qui en fait alors une affection grave. Les sécrétions multipliées se succèdent d'une manière incessante; elles forment des couches de squames superposées, humides, recouvrant des surfaces de plus en plus enflammées. C'est dans ces cas, que j'ai vu quelquefois l'eczéma se changer en pemphigus, transformation heureusement rare, car elle est presque toujours mortelle.

Dans beaucoup de cas, au contraire, il y a peu de tendance à la sécrétion humide : les squames au lieu d'être molles, comme déposées sur la peau, sont plus sèches, plus adhérentes; si elles tombent, elles laissent à découvert des surfaces peu enflammées; j'ai vu l'eczéma à cet état sec, se présenter sous deux aspects différens, et qu'il importe de connaître. Ou bien la peau était blanche, comme farineuse, s'écaillant au moindre frottement, sous l'action des ongles; sèche, épaissie, elle ne présentait pas de squames à proprement parler : ou bien, elle était au contraire d'un rouge vif, mais toujours sèche, sans aucune espèce de suintement; elle était comme fendillée, recouverte de squames adhérentes, qui se formaient, se détachaient, se soulevaient, sans apparence appréciable d'exhalation. C'est quand il offre ces deux formes que l'eczéma a été souvent confondu avec le psoriasis; nous verrons à quels signes on doit distinguer l'une ou l'autre de ces deux maladies.

Enfin, il peut arriver que les tissus aient perdu, pour ainsi dire, et la puissance de sécrétion séreuse, et même la

faculté de sécrétion épidermique: alors la maladie se présente avec un aspect tout-à-fait remarquable. Il n'y a plus ni suintement, ni squames; la maladie, surtout quand elle est fixée aux jambes, est caractérisée par des surfaces peu étendues, où la peau est amincie, lisse, tendue et luisante; il semble que celle-ci ait été usée par les pertes qu'elle a subies; on dirait une cicatrice, on croirait aussi à une guérison; mais la maladie existe encore et se trahit par des éruptions rares, mais caractéristiques : la peau est d'ailleurs, et même à cet état, parsemée de squames, extrêmement minces, souvent peu appréciables, qui traduisent encore le travail incessant de l'inflammation. Il est difficile alors de reconnaître l'eczéma, bien que cet aspect même lui appartienne en propre; mais on retrouve presque toujours aux environs de l'éruption des vésicules qui révèlent son véritable caractère, et sa tendance infinie à s'agrandir et à se perpétuer.

Quelque forme que l'eczéma chronique affecte, il est toujours accompagné d'un prurit, qui suit d'ailleurs toutes les phases de la maladie.

Au début, c'est un fourmillement léger, qui devient plus intense à mesure que les éruptions se multiplient, que l'inflammation s'étend; les démangeaisons finissent quelquefois par devenir brûlantes, par causer au malade un supplice affreux. Elles s'exaspèrent sous quelques influences, l'ingestion de certains alimens, l'usage du café, des liqueurs, la variation dans la température des appartemens, le contact des vêtemens de laine, les excès de veille, les émotions morales, etc. Les malades se grattent avec les corps les plus durs; ils se déchirent, et cela a lieu surtout quand l'eczéma est fixé à certains siéges particuliers; ainsi à la partie interne et supérieure des cuisses, au scrotum, à l'anus, à la vulve, etc.

Chez quelques malades au contraire les démangeaisons sont très peu marquées, et le prurit s'éteignant peu-à-peu, s'il a existé d'abord, semble cesser tout-à-fait avant l'éruption elle-même.

Quand l'eczéma chronique touche à sa fin, on voit d'abord s'amoindrir et cesser les symptômes d'exhalation, les squames sont moins larges, moins épaisses; elles se reforment plus lentement; la guérison marche de la circonférence au centre; il n'y a bientôt plus qu'un peu de desquamation; enfin tout a disparu, excepté une empreinte brune qui persiste pendant un temps toujours fort long, quelquefois toute la vie. Il est d'ailleurs impossible de rien préciser quant à la durée de l'eczéma chronique : il peut résister à tous les moyens pendant des années entières, et il est d'autant plus rebelle qu'il dure depuis plus long-temps.

L'eczéma chronique peut se présenter sur tous les points du corps; cependant il a évidemment une préférence marquée pour certains siéges, et notamment pour les points où il y a des poils, des follicules : ainsi il est fréquent au pubis, aux aines, au scrotum, aux aisselles. L'eczéma peut d'ailleurs affecter plusieurs régions à-la-fois; mais le plus ordinairement il est borné à un seul point, et suivant le lieu qu'il occupe, il offre des traits divers, qui méritent toute l'attention du praticien, et qui, bien étudiés, constituent diverses espèces dont le diagnostic a une grande importance.

Fixé au cuir chevelu, l'eczéma constitue ce que l'on a appelé la *teigne amiantacée*, la *teigne furfuraeée*; il a été pris pour l'*impétigo*, pour une variété des *aehores*: il importe donc de savoir à quels signes on peut le reconnaître : il se présente, non avec des croûtes, mais avec des squames jaunâtres, irrégulières, molles, accompagnées, dans quelques points, d'un léger suintement, soit dans le cuir chevelu lui-même, soit aux environs : les cheveux sont libres et peu altérés, ou bien encore ils sont entourés dans une partie de leur étendue d'une espèce d'étui squameux. Enfin l'éruption est toujours accompagnée de prurit : elle n'est jamais contagieuse.

L'eczéma occupe souvent les oreilles; et chez la femme, ce siége paraît être un de ceux qu'il affectionne le plus: il constitue une maladie ordinairement très rebelle. L'inflammation peut envahir la conque tout entière et déterminer une hypertrophie quelquefois considérable. Les vésicules donnent lieu à un suintement abondant, et les surfaces malades peuvent être sillonnées de gerçures souvent très douloureuses. Enfin le gonflement peut être tel que le conduit auditif se rétrécisse et qu'il en résulte un état accidentel de surdité.

L'eczéma a une grande tendance à affecter les points intermédiaires où finit la peau, où commencent les muqueuses; aussi le trouve-t-on fréquemment aux ouvertures naturelles; ainsi on le rencontre aux narines, où il se développe au bord extérieur, pour s'étendre ensuite sur la pituitaire : dans ce cas, les vésicules se flétrissent et passent très vite, de telle sorte qu'il est souvent difficile de constater leur existence : on n'en retrouve de traces que dans de petits débris épidermiques, quelquefois dans des concrétions très légères, résultat d'un suintement passager. Borné à ce point, l'eczéma est toujours une affection légère, cependant on peut le confondre, à raison même du siége, avec d'autres affections bien autrement graves, et sous ce rapport, il importe d'apporter un grand soin dans l'étude des caractères qui lui sont propres.

L'eczéma peut être aussi fixé aux lèvres, où il détermine, par suite d'éruptions successives, une rougeur habituelle et une sorte de froncement, qui aboutit aux plis des muqueuses, et devient la source de sensations pénibles, aux moindres mouvemens qui se font sur les points affectés. On l'observe encore aux mamelons, chez les nourrices, par exemple, quoiqu'on le rencontre aussi chez les jeunes filles. Là il détermine des gerçures souvent très douloureuses; en général, il est accompagné d'une cuisson vive, quelquefois d'une irritation sympathique ganglionaire; de plus il est ordinairement très rebelle.

Au scrotum, aux cuisses, à la vulve, à l'anus, l'eczéma est caractérisé par des démangeaisons qui en font une maladie

vraiment pénible. Ce prurit, mélange indéfinissable de cuisson et de plaisir, s'exaspère par la chaleur du lit, après le repas, etc.

L'eczéma chronique affecte quelquefois les paupières, et y produit un état de gêne des plus incommodes. Si l'inflammation s'étend à la face interne, l'œil est rouge, gonflé; la paupière se tuméfie, et l'on peut, dans quelques cas, signaler sur la conjonctive elle-même des vésicules, qui donnent lieu à une petite excoriation superficielle.

Enfin, l'eczéma peut devenir général, mais c'est presque exclusivement à l'état aigu, et surtout à l'état simple.

Siége. Depuis que l'anatomie de la peau est devenue l'objet d'études sérieuses, on s'est beaucoup occupé de chercher le siége anatomique des affections cutanées, et surtout de l'eczéma qui joue un si grand rôle parmi elles. On a voulu établir que cette maladie siégeait dans les follicules sébacés, et de nos jours, un homme très instruit, M. Rosembaum (1) a reproduit et soutenu cette opinion. Si l'on se rappelle que ces organes sont destinés, à l'état normal, à sécréter la matière onctueuse qui lubrifie et entretient le poil, on concevra que même à l'état morbide, ils ne peuvent sécréter le liquide séreux et limpide qui caractérise si particulièrement l'eczéma : nous verrons plus tard que la lésion de sécrétion folliculeuse produit l'acné, et qu'il n'y a aucun rapport possible de causalité entre cette maladie et celle qui nous occupe en ce moment.

Rose plaça le siége anatomique de l'eczéma dans le réseau de Malpighi, à la face interne du derme: cette opinion n'a pas besoin d'être réfutée. Biett (2), dont l'autorité sera toujours si grande en pathologie cutanée, plaça le siége de la maladie eczémateuse dans la membrane vasculaire d'Eichorn, membrane qui a pour fonction spéciale de sécréter l'épiderme. Biett voyait dans l'apparition des vésicules, de petits soulèvemens superficiels qui ne pouvaient appartenir qu'à la cuticule épidermique : puis venait une dénudation superficielle aussi, puis la sécrétion de la matière qui forme l'épiderme, et qui, au lieu de remplir sa fonction normale, se concrétait en ces lamelles squameuses que l'on remarque dans l'eczéma. Cette opinion qui n'est pas si éloignée de celle que je crois la vraie, et qui pressentait l'utilité de la séparation anatomique des formes, Biett l'aurait certainement modifiée, à mesure que l'anatomie de la peau aurait été mieux connue. Après avoir étudié les caractères locaux et l'histoire générale de l'eczéma, et mieux éclairé d'ailleurs sur la texture de la peau, je regarde l'eczéma comme une maladie de l'appareil sudoripare, et pour moi, le siége des vésicules est à l'extrémité des conduits sudorifères enflammés. Cette opinion s'appuie entre autres sur le fréquent rapport de coïncidence qui existe entre l'eczéma et certaines lésions de sécrétion, surtout des membranes muqueuses; sur la nature évidemment séreuse du suintement eczématique, enfin sur l'existence de ces petits pertuis béans que je vous signalais tout-à-l'heure, que l'on aperçoit à l'œil nu sur les surfaces dénudées, qui laissent sourdre une sérosité limpide, et qui sont évidemment les orifices mis à nu des conduits sudorifères, Si quelquefois il y a écoulement d'un liquide purulent ou plutôt puriforme, comme dans l'eczéma impétiginodes, je vous ai fait remarquer, et j'insiste sur ce point, qu'ici le pus résulte d'une intensité excessive de la phlegmasie, mais que même alors, si l'on observe attentivement, on voit que l'éruption débute par un soulèvement purement vésiculeux : la formation du pus n'est donc ici qu'un accident, qui ne peut pas faire exception à la loi que je pose. D'ailleurs cette opinion, que l'observation pratique a déjà sanctionnée par des faits nombreux, a besoin, vous le comprenez facilement, de l'autorité que donne l'expérience générale. Elle en appelle au jugement de l'avenir.

Causes. Si l'histoire de l'eczéma présente beaucoup d'intérêt au point de vue des symptômes, cet intérêt est bien plus grand encore sous le rapport de l'étiologie. En effet, nous trouvons ici résumés les principes que j'essayais de poser touchant les causes générales des maladies de la peau, puisque, si l'eczéma peut être le résultat accidentel de causes directes agissant immédiatement sur l'enveloppe tégumentaire, il est aussi et surtout produit par l'influence réactionnaire d'un état pathologique interne, ou de causes susceptibles d'apporter un trouble quelconque dans l'économie. Il importe donc de rechercher avec le plus grand soin quelle cause a présidé au développement de l'eczéma, puisque c'est de cette connaissance seulement que doit dépendre le pronostic, si différent selon tel ou tel cas; puisque c'est elle aussi qui doit vous diriger, chose si importante et si peu appréciée, dans le choix d'une thérapeutique rationnelle et philosophique.

L'eczéma peut survenir à la suite de toutes les influences irritantes, agissant extérieurement. Il peut se développer sous l'action des rayons solaires; aussi l'observe-t-on surtout chez les gens obligés par état de travailler au soleil, comme les terrassiers, etc. : il est développé par l'application à la peau d'une foule de topiques, par l'emploi de pommades irritantes, comme cela a lieu dans le traitement de la gale, circonstance dont se servaient autrefois les charlatans, qui savaient *faire sortir la gale;* on l'a observé après l'emploi des graisses jaunes, des frictions alcalines, des frictions avec l'huile de laurier, de croton-tiglium, des pommades ou lotions mercurielles. La maladie admise de nos jours sous le nom d'hydrargyrie n'est qu'une éruption vésiculeuse simple, développée sous l'influence

(1) *Histoire et critique des doctrines sur les maladies de la peau, considérées particulièrement sous le rapport de la genèse des formes élémentaires*, et traduit par M. le docteur Daremberg (Ann. des malad. de la peau, t. II).

(2) *Dictionnaire de médecine*, vol. II.

irritante de frictions mercurielles. L'eczéma est produit encore quelquefois par l'application de la poix de Bourgogne, d'un vésicatoire, etc. : il n'est pas rare de voir cette maladie apparaître comme résultat du simple frottement d'un vêtement de laine, du séjour de matières sébacées. Enfin on rencontre fréquemment l'eczéma chez les personnes qui par état manient habituellement des substances âcres et pulvérulentes; il est commun chez les affineurs de métaux, chez les broyeurs de couleurs, chez les épiciers, les boulangers.

D'un autre côté l'eczéma peut apparaître sous l'empire de certaines modifications physiologiques générales : les excès de tout genre, une émotion vive, un accès de colère, tout ce qui ébranle enfin plus ou moins profondément le système nerveux, sont autant de causes fréquentes de l'eczéma. Les influences morales produisent surtout cet effet, quand elles agissent sur des femmes en couches, ou pendant l'allaitement, ou après la cessation des règles.

Mais le plus souvent, l'eczéma coïncide avec un état pathologique interne, dont il est le retentissement, l'expression extérieure, si je puis dire ainsi. Ainsi, il est évidemment influencé dans beaucoup de cas par des troubles du côté des voies digestives; il peut succéder à certaines affections avec sécrétion morbide, à un catarrhe des bronches, à une gastro-entérite, ou bien il coïncide avec elles, ou bien encore il les continue pour ainsi dire : il peut alterner avec des affections rhumatismales, avec des névralgies; je l'ai vu apparaître comme la crise, heureuse malgré son intensité très grave, de l'épilepsie, par exemple.

En dehors de ces causes, il existe pour l'eczéma comme pour toutes les inflammations de la peau, des influences générales qui en facilitent le développement. Ainsi il est surtout fréquent en été, il frappe plutôt les adultes que les vieillards; il affecte enfin de préférence les individus à peau fine et délicate.

On a cru, et on a dit que l'eczéma était contagieux; cette opinion repose sur des erreurs de diagnostic, ou sur des faits mal observés. Quant à moi je ne connais pas un seul cas qui autorise à croire à cette assertion. L'eczéma n'est pas plus épidémique qu'il n'est contagieux. Il y a évidemment une prédisposition que l'on peut appeler constitutionnelle, sous l'empire de laquelle se développe et surtout se perpétue l'eczéma : à ce point de vue, on peut dire qu'il est héréditaire.

Diagnostic. L'eczéma est, en général, une maladie qu'avec un peu d'habitude on reconnaît facilement. Cependant le diagnostic peut dans certains cas, présenter quelques difficultés. A l'état aigu, on peut confondre l'eczéma avec l'herpès, la miliaire et la gale. Avec l'herpès, cela aurait peu d'inconvéniens, et d'ailleurs l'erreur peut être facilement évitée, si l'on se rappelle que les groupes vésiculeux de l'herpès sont toujours bien délimités, que les vésicules sont plus grandes, comme perlées, qu'elles donnent lieu à une desquamation à peine sensible. Avec la miliaire : mais dans celles-ci les vésicules ne sont jamais confluentes comme cela a lieu dans les plaques d'*eczéma rubrum*, où elles sont innombrables; elles sont plus volumineuses, et d'ailleurs la miliaire est une maladie générale, une fièvre éruptive, accompagnée de symptômes généraux souvent graves.... Cette circonstance ne peut permettre l'erreur. Avec la gale : ici le diagnostic acquiert une grande importance, puisqu'il s'agit de se prononcer entre une maladie non contagieuse et une affection transmissible par contact, dont le seul nom jette l'effroi dans les familles; mais dans la gale, les vésicules sont acuminées, peu transparentes; elles sont isolées, discrètes, disséminées sur certains siéges de prédilection, aux bras, aux poignets, au ventre, surtout dans l'intervalle des doigts; enfin, et il faut bien s'habituer à ce caractère très important, elles sont accompagnées soit dans un point, soit dans un autre, de ces petits sillons, dont je vous parlerai plus tard, et qui annoncent la présence de l'acarus... Ces signes peuvent suffire comme élémens d'un diagnostic précis; s'ils ne paraissaient pas suffisamment clairs, il vaudrait mieux attendre, car la réserve, si pénible qu'elle soit, vaut mieux qu'un jugement trop prompt qui satisferait l'amour-propre, et pourrait conduire à une erreur bien plus pénible.

A l'état semi-impétigineux, on pourrait confondre l'eczéma avec l'impétigo : mais si dénaturée qu'elle soit par l'intensité de la phlegmasie, si puriforme qu'elle puisse être, l'affection vésiculeuse ne donnera jamais lieu à ces croûtes, toujours épaisses, molles et d'un jaune ambré qui caractérisent l'inflammation franchement impétigineuse : elle produit plutôt des squames que des croûtes, squames toujours lamelleuses, toujours semblables à des feuillets superposés.

A l'état chronique, l'eczéma peut être confondu avec le *lichen agrius* et le *psoriasis :* avec le lichen agrius, cela serait d'autant plus facile, que l'éruption siégerait aux mains, par exemple, où les deux formes sont également fréquentes; mais si le lichen présente quelquefois une excoriation générale et une exsudation qui peuvent le faire ressembler à l'eczéma, il est surtout caractérisé par une rugosité remarquable qui accuse l'état papuleux primitif, et qui n'a aucun rapport avec la surface unie et luisante de la surface eczémateuse; mais le lichen est toujours accompagné d'un prurit brûlant, qui n'a pas d'analogie avec les démangeaisons de la maladie vésiculeuse; mais enfin, quand il est masqué par des produits secondaires, ce sont des croûtes, petites, minces, dures, résultat de l'ulcération des papules, et qu'on ne peut prendre pour les squames lamelleuses de l'eczéma... Avec le psoriasis, mais à son état le plus squameux, l'eczéma est toujours accompagné d'un peu de suintement, d'un prurit que le psoriasis ne présente jamais; il n'offre pas d'ailleurs ces débris épidermiques, véritables écailles, minces, sèches, blanches, chatoyantes, qui caractérisent les maladies squameuses proprement dites.

Au cuir chevelu enfin, l'eczéma a été pris souvent pour la teigne, pour le porrigo; mais nous verrons en écrivant

l'histoire de cette dernière maladie, quels signes distinctifs séparent des formes qui n'ont entre elles aucune ressemblance possible, si ce n'est celle du siége, circonstance qui, mal appréciée, a fait commettre de graves erreurs.

Pronostic. Quand on connaît les diverses formes que peut revêtir l'eczéma, on comprend qu'il doive constituer une affection légère, aussi souvent qu'une maladie sinon absolument grave, au moins très incommode par sa ténacité. Ainsi, à l'état aigu, et alors qu'il est peu étendu, il suit un cours régulier, et c'est presque toujours une éruption sans importance, qui ne pourrait avoir de caractère sérieux que si elle était générale; cependant il ne faut jamais oublier qu'un eczéma développé par une cause accidentelle peut trouver, dans l'individu qu'il affecte, des conditions individuelles favorables à ses progrès, prendre droit de domicile, et devenir comme constitutionnel. A l'état chronique, l'eczéma peut durer un temps illimité, et dans ce cas il faut être au moins très réservé dans le pronostic, car la persistance de la maladie tient souvent à un état général, et alors il est impossible de prévoir et de préciser d'avance une modification même probable. Le pronostic doit varier d'ailleurs selon les causes même de l'éruption, selon ses complications, et aussi selon la marche qu'elle peut suivre : ainsi j'ai vu l'eczéma coexister avec le lichen, avec la gale, avec l'impétigo, avec l'ecthyma, et alors il acquiert une gravité en raison de la complication elle-même; j'ai vu enfin l'eczéma chronique se transformer en pemphigus, et constituer dans ce cas une maladie presque toujours mortelle. L'eczéma peut-il apparaître comme crise heureuse d'une affection grave? Cette hypothèse n'est pas improbable en présence de certains faits que j'ai observés et que j'ai pu signaler déjà : ainsi j'ai vu une fois l'épilepsie cesser après l'apparition brusque d'un eczéma qui a persisté pendant des années entières avec la plus grande intensité. D'un autre côté, faut-il appliquer à cette maladie ce que l'on a cru devoir avancer sur la répercussion des affections cutanées? je crois que l'eczéma peut être compliqué d'accidens de toutes sortes, de phlegmasies diverses; j'ai vu de nombreux exemples de révulsion naturelle, mais l'expérience et l'observation ne m'ont pas démontré que l'inflammation vésiculeuse pût être répercutée, de manière à donner lieu à des accidens qui seraient la conséquence immédiate de ce phénomène. J'ai déjà eu occasion de vous dire que toutes les questions qui se rattachent à la répercussion et à la métastase ne peuvent être abordées qu'avec une extrême réserve : l'étude des rapports probables qui existent entre tel ou tel trouble intérieur et le développement d'une maladie de la peau, permet de comprendre, je le répète, des phénomènes de révulsion, mais il y a loin de là à ce que l'on doit entendre par répercussion.

Traitement. Nous avons dit que l'eczéma renfermait un grand nombre de ces faits que l'on confond encore sous le nom de *dartres*, et ce triste privilége se retrouve avec tous ses inconvéniens dans le traitement de cette maladie. Le plus souvent on ne s'occupe que de l'éruption; on compte pour rien le malade, on ne recherche pas s'il peut exister une relation quelconque entre l'affection cutanée et un trouble intérieur plus ou moins grave, et l'on se borne à employer des remèdes empiriques inutiles, s'ils ne sont pas dangereux. En général, il ne faut pas employer de pommades, chose que pourtant on recommande surtout, mais il faut principalement bannir du nombre des topiques dans le traitement de l'eczéma, les sulfureux que l'on a cependant vantés comme une sorte de panacée universelle. On a accumulé de la sorte, et au même titre, une foule de médicamens, qui peuvent être utiles dans certains cas, mais qui, employés en vue de systèmes absolus et exclusifs, n'ont pas toujours été sans inconvéniens.

Les données générales que nous avons exposées en examinant l'étiologie de l'eczéma doivent nous servir de guides dans le traitement de cette maladie. C'est pour elle surtout qu'il convient de répéter que le choix et le succès des moyens à employer dépendent de la saine appréciation de la cause même de l'éruption : nulle part, en effet, cette vérité n'est plus manifestement pratique que dans l'eczéma; et il faut, avant de se décider pour tel ou tel mode de traitement, étudier avec soin la constitution, l'état général du malade, rechercher si l'affection de la peau n'est pas influencée par un trouble plus ou moins profond de l'économie, et, une fois ce point éclairci, diriger contre la cause un traitement qui doit réagir sur la maladie extérieure. Pour terminer ces considérations indispensables, ajoutons que si le traitement de l'eczéma consiste dans l'emploi simultané de moyens internes et de moyens externes, il se présente ici une grande difficulté, c'est d'employer des moyens qui ne se contredisent pas, et malheureusement on ne fait pas assez attention à ce point important : ainsi, par exemple, on ordonnera des cataplasmes émolliens en même temps que des bains de Baréges, on prescrira des topiques irritans en même temps que l'on aura recours à un traitement interne bien choisi, etc.

Si l'eczéma s'est développé sous une influence extérieure, il suffit le plus souvent de faire cesser la cause, pour faire disparaître la maladie. Dans ce cas, il est parfois nécessaire d'engager les malades à renoncer à leur profession, alors que la cause dépend des conditions même au milieu desquelles ils vivent : dans ce cas aussi, cela est souvent impossible, et l'eczéma prend bientôt la forme chronique.

Si l'eczéma est aigu, il peut se présenter à divers états : sous sa forme simple, c'est une inflammation franche, accompagnée quelquefois de légers symptômes de congestion, surtout chez un sujet jeune et robuste : on prescrira alors la diète, les émolliens, les émissions sanguines générales : on pourra mettre le malade à l'usage des acides végétaux; quant aux topiques, ils consisteront soit dans des bains amidonnés, soit encore dans des bains avec addition de 500 grammes de gélatine; dans l'application de cataplasmes de fécule de pommes de terre et d'eau de guimauve, mais tièdes seulement;

dans des lotions émollientes ou légèrement narcotiques, avec une infusion soit de jusquiame, soit de douce-amère, soit de laitue, etc.; on pourrait avoir recours aux bains alcalins, aux lotions alcalines, si l'éruption, devenue moins aiguë, montrait une certaine tendance à se continuer.

Si l'eczéma existe déjà à l'état chronique, mais s'il offre peu d'intensité, on emploiera les moyens que je viens d'indiquer, les boissons acidules, les bains gélatineux, les bains de vapeur, etc.; si l'éruption est plus intense, il faut alors étudier le sujet malade, rechercher les causes qui entretiennent la maladie... Si c'est un vieillard, il sera souvent utile de recourir accessoirement à des cautérisations légères, car la persistance peut tenir alors à des conditions locales : quand la maladie semble prolonger sa durée sous l'influence d'embarras du côté des voies digestives, et cela a lieu fréquemment, je conseille alors les purgatifs, administrés avec réserve, l'eau de Pulna, le calomel, les pilules de Plummer, etc. L'eczéma est lié quelquefois à une affection catarrhale; c'est alors que l'on administre avec succès les sulfureux, mais à l'intérieur seulement : ainsi on conseillera les eaux d'Enghien ou de Cauterets, qui ont dans ces circonstances une grande efficacité, ou bien un peu d'hyposulfite de soude associé à un sirop amer. L'eczéma peut être lié à un état pour ainsi dire constitutionnel, que révèlent les antécédens du malade; alors il faut avoir recours à des modificateurs plus puissans. Est-il influencé par une détérioration de l'économie, résultat d'excès, de misère, etc., souvent il suffit pour faire disparaître une éruption même très intense, de replacer le malade dans des conditions hygiéniques meilleures, de le soumettre à un bon régime : dans quelques cas enfin, l'eczéma, souvent héréditaire, tient à des conditions individuelles qu'il est très difficile d'apprécier, et qui lui impriment un caractère de ténacité quelquefois désespérant : c'est dans ces circonstances que l'on remarque surtout le cas où la maladie, remontant à une cause accidentelle peu importante souvent, prend rapidement droit de domicile, et se jouant de tous les efforts de la thérapeutique, persiste sous des formes sèches, qu'il est si difficile de vaincre complétement. C'est alors que j'emploie les sudorifiques, les antimoniaux, surtout les préparations arsenicales, tout ce qui peut enfin rendre à la peau flétrie, comme cassante, les sécrétions qu'elle a perdues. J'administre le plus souvent la solution de Pearson, à la dose de 1 à 4 grammes par jour; j'ai souvent obtenu ainsi des résultats remarquables.

Quant aux moyens locaux à employer contre l'eczéma chronique, s'ils sont moins limités que dans la forme aiguë, ils doivent cependant être conseillés avec une grande sobriété. Il faut avant tout, et même dans les cas les plus rebelles, éviter les topiques irritans. S'il y a sécrétion abondante, je fais mettre le jour sur les parties malades un linge fin, recouvert de taffetas gommé; le soir je fais saupoudrer avec de l'amidon : si l'eczéma est sec, squameux, je conseille les bains alcalins, les bains de vapeur, et mieux les douches de vapeur dirigées sur les parties malades : la température des bains de vapeur doit être de 30 à 32 degrés R.; leur durée d'un quart d'heure au plus.

Quant à la cautérisation comme base de traitement, il ne faut jamais y avoir recours.

Les variétés de siége peuvent exiger quelques indications particulières; ainsi, contre l'eczéma du scrotum, il faut employer surtout les douches de vapeur; dans l'eczéma de l'oreille, il faut avoir soin d'introduire un peu d'éponge préparée, pour empêcher l'oblitération du conduit : dans l'eczéma du cuir chevelu, on est souvent obligé de couper les cheveux et toujours d'entretenir la tête dans un bon état de propreté.

En général, quels que soient les moyens employés, il faut insister long-temps; c'est à la persévérance que l'on doit quelquefois des cures inespérées. Il faut aussi qu'un régime sévère préside au traitement : sans cela les efforts les plus rationnels pourraient se briser contre d'irremédiables mécomptes.

Observation. — *Eczéma impétigénodes coïncidant avec une entérite chronique.* — Le 3 mai 1843, est entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, service de M. Cazenave, le nommé Louis...., âgé de vingt ans, habitant la campagne, et qui venait se faire traiter pour une affection eczémateuse, située principalement aux membres inférieurs.

Cet homme, d'un aspect frêle, d'une physionomie délicate, est maigre, décoloré; ses cheveux sont clairs, comme lanugineux; il porte sur la face un air d'hébétude assez prononcé. Interrogé sur ses antécédens, il répond avec une timidité excessive, et c'est avec peine que l'on obtient les renseignemens suivans :

L..... a été pris, dès son enfance, de symptômes annonçant un tempérament lymphatique exagéré : ainsi il a eu de nombreux engorgemens des ganglions du cou et des aisselles; il a eu, jusqu'à un âge assez avancé, des *gourmes* (impétigo), et il y a peu d'années qu'il avait encore des *galons* à la tête. Il a été vacciné et n'a jamais eu la variole; il n'a jamais eu non plus d'affections aiguës de la poitrine; il ne tousse pas, s'enrhume très difficilement. Depuis l'âge de huit ans, les jambes ont été le siége d'une éruption qui suintait beaucoup par momens, et qui disparaissait en partie l'été, pour revenir pendant l'hiver. La maladie s'étendait aussi aux cuisses, aux lombes, mais c'était surtout aux membres inférieurs qu'elle se montrait rebelle et persistante. L..... a traité sa maladie par l'application de divers remèdes empiriques qu'il ne peut faire connaître. Cet eczéma, car c'en était un bien évidemment, est resté stationnaire pendant un grand nombre d'années; les modifications qu'il éprouvait, dépendaient seulement, et d'une manière bien manifeste, du changement des saisons.

Depuis l'hiver dernier, les bras ont été également envahis par l'éruption, devenue alors plus intense : cette recrudescence paraîtrait avoir coïncidé avec une entérite semi-aiguë, qui passa rapidement à l'état chronique. L'inflammation intestinale a commencé avec l'hiver, et a débuté par des coliques continuelles, accompagnées d'une diarrhée

assez abondante (cinq à six garderobes par jour) : cette diarrhée fatiguait beaucoup le malade, qui tomba bientôt dans une faiblesse extrême. L'amaigrissement fit de rapides progrès : il y avait perte d'appétit ; la bouche était amère, les digestions longues et laborieuses. L..... n'était cependant pas affecté de fièvre continue ; il éprouvait seulement quelques petits mouvemens fébriles, reparaissant surtout le soir. Plus tard ces symptômes de fièvre cessèrent tout-à-fait ; il n'y eut plus de coliques, mais la diarrhée persista et dure encore en ce moment.

Au moment de son entrée, le malade se présente dans l'état suivant :

La maigreur est remarquable ; la peau est flétrie et terreuse dans tous les points que n'occupe pas l'eczéma ; les membres sont grêles, la figure longue et tirée, la voix flutée ; le malade éprouve des sueurs nocturnes et est tourmenté par une diarrhée continuelle ; la faiblesse est extrême. Les poumons sont sains ; la rate et le foie ne paraissent pas hypertrophiés ; il n'y a de douleurs ni dans les hypochondres, ni dans les épaules ; il n'y a pas non plus de coliques.

Les jambes et les avant-bras, surtout à leur face antérieure et interne, sont le siége d'un eczéma impétigineux bien caractérisé ; on en retrouve quelques plaques moins intenses aux cuisses et aux lombes. Le malade décrit assez bien lui-même les diverses phases de sa maladie : il signale les vésicules blanches qui, en se rompant, laissaient suinter une humeur visqueuse, transparente, qui se concrétait sous forme de squames grises plus ou moins épaisses ; aujourd'hui ce ne sont plus seulement les lamelles ténues et grisâtres de l'eczéma : sous l'influence d'une plus grande intensité de la phlegmasie, peut-être aussi sous celle de la constitution lymphatique du malade, l'éruption a pris quelques caractères impétigineux. Les plaques sont couvertes de véritables croûtes, jaunâtres, molles, mais plus lamelleuses que celles que l'on trouve dans l'impétigo ; elles recouvrent des surfaces rouges, légèrement excoriées, et qui laissent sourdre en assez grande abondance un liquide séro-purulent : elles sont entremêlées de squames d'eczéma, et l'on retrouve aux confins de l'éruption des vésicules semi-transparentes, distendues par une sérosité d'un blanc jaunâtre. Les points affectés sont en outre le siége de démangeaisons qui tourmentent le malade, et deviennent la cause d'excoriations douloureuses.

Prescription : tisane de riz gommée ; julep gommeux laudanisé ; une pilule d'opium de 5 centigrammes, tous les jours au moment du coucher.

On applique sur les surfaces malades des cataplasmes de fécule de pomme de terre et d'eau de guimauve.

5 juin. L'inflammation est moins vive : on continue les cataplasmes sur les points enflammés ; on saupoudre d'amidon sec les surfaces qui ne sont pas suintantes. La diarrhée est moins abondante.

15 juin. Une tumeur fluctuante s'était développée dans l'aine gauche : elle a abcédé ces jours derniers, et sécrète actuellement une assez grande quantité de pus. Cataplasmes sur l'abcès.

22 juin. L'abcès est guéri ; la diarrhée diminue de plus en plus : on supprime le julep et les pilules. L'eczéma est revenu complétement à l'état squameux ; il ne se reforme plus de vésicules ; les squames sont sèches, grisâtres ; les surfaces deviennent presque farineuses. Bains alcalins deux fois la semaine. Le 15 juillet, l'eczéma a disparu complétement, ne laissant que des surfaces d'un rouge brun qui doivent long-temps persister. Il n'y a plus de diarrhée. Mais depuis quelques jours le malade se plaint de quelques coliques : on diminue la nourriture ; on prescrit de nouveau le julep et les pilules, et ces symptômes cèdent rapidement aux opiacés et au régime. On continue alors les bains alcalins ; on revient à une alimentation tonique et fortifiante.

5 août. L'état général est aussi satisfaisant que possible : il n'est revenu ni coliques, ni diarrhée ; il reste seulement un peu de faiblesse, mais l'appétit est bon, le visage a repris des couleurs ; il y a déjà un peu d'embonpoint. Quant à l'éruption, elle ne manifeste aucune tendance à récidiver ; les empreintes s'éteignent sensiblement. Le malade sort le 15 août, dans un état que l'on peut considérer comme une guérison complète.

PEMPHIGUS.

Nous allons rencontrer pour la première fois cette lésion élémentaire que nous avons déjà signalée sous le nom de *bulles*, et qui sert à caractériser deux formes, dont l'une, surtout très importante, est celle dont nous avons à faire l'histoire, et dont l'autre appartient au deuxième groupe du genre des inflammations : je veux parler du Pemphigus et du Rupia : c'est de la première que nous allons nous occuper.

Cette maladie mérite au plus haut point toute votre attention ; car elle joue un grand rôle dans la pathologie cutanée, et par la gravité qu'elle comporte dans la plupart des cas, et par l'obscurité même qui entoure son étiologie, si ce n'est par les discussions qu'elle a soulevées au point de vue de la forme. Connue dans tous les temps, elle a été souvent décrite, mais toujours d'une manière confuse. Gilibert est le premier qui ait fait de cette maladie une monographie complète (1) ; mais malgré tout ce que ce travail présente de satisfaisant au point de vue

(1) Gilibert. *Monographie du pemphigus, ou traité de la maladie vésiculaire.* Paris, 1813, in-8°.

de l'observation et de la théorie, il a laissé irrésolues beaucoup de questions qui se rattachent à l'histoire du pemphigus. Depuis, les auteurs se sont contentés de décrire telle quelle cette forme si intéressante pourtant, et ce point de la pathologie est resté stationnaire, malgré tout l'attrait que pouvait présenter son étude. Depuis de longues années j'ai pu observer un très grand nombre de faits de pemphigus, et s'il ne m'est pas permis d'espérer une solution définitive aux problèmes que soulève l'étude de cette maladie, du moins puis-je apporter une part de matériaux pour l'achèvement de l'œuvre commencée par Gilibert.

Qu'est-ce d'abord que le pemphigus? On désigne sous ce nom une maladie caractérisée par le développement d'un plus ou moins grand nombre de bulles, sur des surfaces enflammées, rouges. Accompagné d'un sentiment plus ou moins pénible de chaleur, quelquefois même de douleur, ce développement peut avoir lieu ou simultanément, ou d'une manière successive; quant aux bulles, ce sont des soulèvemens de l'épiderme, de véritables ampoules, distendues par de la sérosité limpide d'abord, jaunâtre ensuite, d'un volume variable, se déchirant facilement, et donnant lieu, d'une part à des excoriations, et de l'autre, par la concrétion du liquide, à la formation de petites croûtes minces, comme foliacées: chaque bulle, prise isolément, a quelques jours de durée; elle ne laisse après elle qu'une empreinte fauve qui persiste quelquefois très long-temps.

Le mot de pemphigus vient de πεμφιξ, qui veut dire bulle; il s'applique à une maladie facilement appréciable, et dont cependant l'histoire présente une assez grande confusion. En effet, presque tous les auteurs qui s'en sont occupés ont semblé prendre à tâche de lui donner un nom qui rappelât celui de ses phénomènes qui les avaient le plus frappés: c'est ainsi qu'elle a reçu tour-à-tour les noms de *morbus phlyctenodes*, *d'hydroa-exanthema bullosum*, de *febris vesicularis* ou *bullosa*, de *pemphigus major*, de *pemphigus castrensis*, de *morbus epidemicus* de Pragues, de *pemphigus helveticus*, d'*angine pemphigoïde*. Gilibert avait bien donné à l'histoire de cette maladie un peu de la précision dont elle manquait; mais malgré l'autorité de ses doctrines, il ne put cependant dissiper toutes les incertitudes qui régnaient sur ce point. Ainsi les auteurs anglais qui se sont occupés du pemphigus, tels que Willan, Bateman, et M. Samuel Plumbe, et qui ont parfaitement décrit le pemphigus chronique sous le nom de *pompholix dintinus*, ces auteurs ont toujours nié l'existence du pemphigus aigu : cette opinion conserva des partisans malgré les assertions de Gilibert qui prêtait à sa thèse l'appui d'un grand nombre de faits observés: Biett, éclairé par l'observation, se sépara sur ce point de l'opinion de Willan, et admit avec Gilibert l'existence du pemphigus à l'état aigu. Quant à moi, l'expérience m'a souvent démontré depuis, que ces deux auteurs étaient dans le vrai, en soutenant ce point de doctrine, et j'ai pu même constater qu'à l'état aigu, le pemphigus n'est pas aussi rare qu'on le pensait généralement.

Le pemphigus appartient donc bien réellement au premier groupe du premier genre des inflammations simples de la peau, et à ce titre il doit être divisé tout d'abord en aigu et chronique; c'est sous ce double point de vue que nous étudierons son histoire, nous réservant, chemin faisant, d'examiner la valeur des distinctions admises par les auteurs.

Pemphigus aigu. — Le pemphigus aigu, tel que j'ai pu l'observer un assez grand nombre de fois, se fait remarquer par des caractères généraux d'acuité bien tranchés; ainsi il est accompagné d'un état fébrile manifeste, d'une rougeur inflammatoire plus ou moins intense; il a enfin une durée ordinairement bien limitée. Il présente d'ailleurs deux ordres de symptômes assez distincts. Au premier appartiennent les phénomènes que l'on pourrait appeler d'invasion, et qui sont toujours facilement appréciables. Ainsi le développement de l'éruption est précédé d'un état de malaise général, de lassitude, de frissons, de soif, de nausées, de céphalalgie, de fréquence et d'élévation du pouls, enfin de démangeaisons à la peau. Ces prodrômes, variables dans leur intensité, persistent pendant deux ou trois jours, et alors se développent les symptômes propres au pemphigus; ce sont ceux du deuxième ordre. On voit apparaître sur la peau çà et là, et en plus ou moins grand nombre, de petites taches, circulaires, d'un rose vif; ces taches s'élargissent assez rapidement, et bientôt on peut voir leur centre se soulever et prendre une teinte opaline, accusant ainsi la présence d'un liquide séreux, qui distend l'épiderme: c'est la bulle qui se développe. Quelquefois, ce développement est si rapide, la bulle couvre si bien toute la tache, que l'on a pu croire que la phlyctène se faisait spontanément, et sans être précédée d'aucun phénomène érythémateux. Quoi qu'il en soit, la bulle se développe ordinairement au centre de la plaque rouge qui lui sert de base, et qui l'entoure d'une aréole enflammée: d'autres fois, et ainsi que je viens de le dire, le soulèvement bulleux couvre complétement la tache; enfin il peut arriver que la bulle ne se forme pas, et qu'en apparence la plaque reste à l'état érythémateux; mais si l'on promène le doigt sur cette surface rouge, on sent un soulèvement bien appréciable, quelquefois même on perçoit la sensation d'une fluctuation indécise: si enfin, on frotte un peu l'épiderme, et si l'on dénude la plaque, on donne issue à une petite collection séreuse qui s'épanche au dehors. Nous voyons ainsi que le soulèvement bulleux n'est pas absolument en raison de la rougeur qui le précède: une tache relativement assez petite peut se couvrir d'une des plus fortes phlyctènes; au contraire une surface rouge, largement développée, peut ne se couvrir que d'une bulle très petite. D'un autre côté le développement des bulles se fait avec une rapidité assez variable. Si dans certains cas, la rougeur et le soulèvement bulleux semblent apparaître simultanément; s'il est difficile souvent de suivre et de séparer le mode de production et de succession de ces



E. Bocourt, del. Annedouche, sc.

Pemphigus aigu

Bougeard, imp.

deux phénomènes, il peut arriver d'autre part qu'un intervalle de quelques heures s'écoule entre le moment où la rougeur apparaît et celui où se manifeste le gonflement bulleux. Enfin les bulles présentent de non moins grandes différences dans leur volume individuel : elles peuvent être aussi petites qu'un pois, aussi grosses qu'une noisette et même qu'une amande.

La peau reste ordinairement saine entre les points affectés : quelquefois plusieurs de ces points se réunissent; l'éruption devient comme confluente et forme alors de vastes ampoules, que j'ai vues égaler le volume d'un œuf d'oie.

Le développement bulleux est ordinairement complet au quatrième jour : les bulles, jusque-là très rénitentes, s'amollissent; elles semblent moins pleines; elles perdent aussi de cette transparence qui leur donnait une teinte opaline; le liquide qu'elles contiennent se trouble, devient jaunâtre, et ne distendant plus suffisamment l'épiderme, il se précipite à la partie la plus déclive de la bulle; celle-ci se plisse, se flétrit, et il peut alors arriver deux choses : ou bien il y a résorption du liquide; l'ampoule s'affaisse, disparaît, laissant à sa place une dessiccation lamelleuse; c'est le cas le plus rare : ou bien, ce qui arrive le plus ordinairement, l'épiderme se rompt, laissant échapper le liquide qu'il contenait, et mettant à découvert des excoriations plus ou moins étendues : celles-ci se recouvrent bientôt de petites croûtes minces et noirâtres qui tombent assez rapidement. Quelquefois, et alors que le liquide a été complétement évacué, l'épiderme se dessèche en lamelles très ténues et blanchâtres. Peu-à-peu la rougeur disparaît, et il ne reste plus de l'éruption qu'une empreinte d'un rouge brun qui peut persister long-temps. Ordinairement tout est fini en dix ou douze jours.

Le pemphigus aigu se présente sous deux formes bien distinctes et par leur mode de développement, et surtout par leur gravité. Il peut se manifester par des éruptions successives, ayant chacune leurs prodromes distincts. On voit dans ce cas se développer tantôt sur un point, tantôt sur un autre, des bulles qui se comportent individuellement comme autant de maladies à part : chaque bouffée de pemphigus, si je puis dire ainsi, est précédée d'un petit mouvement fébrile; le malade a quelquefois des frissons le soir. C'est cette forme que j'appelle le *pemphigus aigu successif* : elle présente cela de particulier, que l'on peut voir le pemphigus à tous les états; taches, bulles, excoriations, croûtes, elle offre à-la-fois tous les élémens qui appartiennent et à la période d'accroissement et à la période de décroissement de l'éruption. Ordinairement il existe plusieurs bulles à-la-fois, et alors les éruptions ont lieu tantôt ici, tantôt là; mais il peut arriver que la maladie soit constituée par une seule bulle, qui, parcourant toutes ses phases sur un point unique, se succède pour ainsi dire à elle-même, et constitue ce que Willan appelait le *pompholix solitarius* : j'en ai vu un cas très remarquable. Mais un des faits les plus curieux de pemphigus successif, est celui que Dickson (1) aurait recueilli en 1787, sur une femme de vingt-trois ans, chez laquelle on observa, après des prodromes généraux ayant duré quatre jours, une fièvre continue pendant deux septénaires, et coïncidant avec un pemphigus successif qui présenta cette circonstance remarquable, que chaque poussée bulleuse ne durait individuellement que cinq jours.

Le pemphigus aigu peut se développer spontanément, et alors il constitue une maladie plus grave et aussi plus rare. Gilibert avait admis le pemphigus spontané et il en avait fait une espèce à part, comme la rougeole; il l'appelait *febris catarrhalis vesicularis* ; il en rapporte d'ailleurs plusieurs observations. Cette forme se présentait avec une marche régulière, avec des phases que l'on pourrait appeler fatales. Ainsi, il y avait une période d'invasion qui durait deux ou trois jours, et pendant laquelle on observait les symptômes précurseurs que nous connaissons : puis l'éruption se faisait, mais à-la-fois, sur tous les points qu'elle devait envahir : il y avait en même temps une affection catarrhale des bronches, de la constipation, des troubles de sécrétion, quelquefois de l'angine; tout était terminé en 15 jours. Les faits cités par Gilibert rappellent celui qu'Hébreard (2) aurait observé en 1811 sur un enfant de six ans. Ce petit malade aurait été pris de tous les phénomènes prodromiques qui semblent annoncer le variole; il y avait fièvre, vomissemens, etc. Puis apparurent des taches rouges, qui se couvrirent de bulles du pemphigus... Etait-ce un cas de varioloïde? il est impossible de se prononcer sur ce point. Pour ma part, je n'ai encore vu qu'un seul fait de pemphigus aigu spontané, et voici dans quelles circonstances. Il y a quelques années, je fus appelé en consultation auprès d'une femme de trente-cinq ans, traitée antérieurement pour un prurigo. En lavant à une mare, elle s'était laissée tomber dans l'eau : rentrée chez elle, elle s'était couchée avec la fièvre, soit par suite du refroidissement, soit à cause de la frayeur, soit pour ces deux motifs à-la-fois; la fièvre se maintint pendant trois jours avec de la céphalalgie, une soif vive; puis apparut une éruption presque générale de pemphigus, à larges bulles, reposant sur une aréole très enflammée. La fièvre persista avec des symptômes de bronchite, et compliquée d'ardeur d'urine, de constipation. La malade succomba le douzième jour, avec des phénomènes adynamiques. Dans ces cas, le pemphigus n'est évidemment pas une maladie simple, et il apparait comme l'expression ou le retentissement d'un état général grave : heureusement il constitue un fait exceptionnel aussi rare que dangereux.

Pemphigus chronique. — Le pemphigus chronique, seul admis et décrit par les pathologistes anglais, a été signalé

(1) *Transactions de l'Académie royale d'Irlande*, 1787. — *Journal de médecine*, tome LXXX, p. 181.

(2) *Journal général de médecine*, tome XLIII, p. 376.

dans tous les temps, et surtout par Sauvages et Macbride. Il se manifeste, en général, sans être précédé de fièvre; quand il existe, le mouvement fébrile est toujours très peu sensible : la rougeur est aussi bien moindre, mais le pemphigus affecte alors, et dans tous les cas, une durée bien plus longue qu'à l'état aigu, qu'il se manifeste d'ailleurs soit par des éruptions successives, soit d'une manière permanente et continue.

Le plus souvent le pemphigus chronique se présente à l'état que j'appelle successif, et alors il peut affecter deux formes bien distinctes. Quelquefois, sans que l'éruption ait été précédée de symptômes généraux tant soit peu appréciables, après un peu de malaise, de lassitude, d'inappétence, quelques nausées, etc., on voit apparaître de larges bulles, presque toutes de la grosseur d'une noix, souvent d'un œuf de poule; ces bulles se développent très rapidement, et atteignent quelquefois en une seule nuit leur maximum de volume : elles sont d'ailleurs mollasses, peu résistantes; elles contiennent une sérosité le plus souvent citrine, quelquefois sanguinolente dès le début; elles ont aussi une durée individuelle très courte; le liquide, qui les distend à peine, se trouble rapidement, tombe à la partie déclive; au bout de 7 ou 8 heures, l'épiderme macéré se rompt, et se repliant sur lui-même, donne issue à une sérosité roussâtre, et laisse à découvert des surfaces excoriées, semblables à celles des vésicatoires; la pellicule, qui formait l'enveloppe de la bulle, se plisse, se roule sur elle-même, et ne protége plus ces petites plaies, où le moindre contact éveille de vives douleurs. On voit alors se former des croûtes minces, dont l'aspect brunâtre rappelle la nature sanguinolente du liquide épanché. Ces excoriations peuvent guérir assez facilement, mais quelquefois aussi elles deviennent comme atoniques, et persistent alors plus ou moins long-temps.

Dans ce premier cas, une nouvelle éruption ne tarde pas à se former, soit sur un autre point, soit au lieu primitivement affecté; elle suit la même marche, présente les mêmes phénomènes; puis vient une troisième, et ainsi de suite, d'une manière quelquefois indéfinie. Aussi dans cette forme peut-on voir le pemphigus, à tous les états, présenter des bulles, là où l'éruption commence, des croûtes et des excoriations là où elle est complète, enfin des empreintes livides, là où elle est terminée.

Il n'est pas rare de voir cette forme appartenir au *pompholix solitarius*, et dans ce cas elle est assez particulièrement fixée aux membres inférieurs; elle montre aussi une prédilection marquée pour les vieillards.

Cette variété du pemphigus chronique n'est accompagnée, nous le savons déjà, d'aucun appareil aigu sensible; c'est elle aussi qui succède à d'autres affections de la peau, surtout à l'eczéma chronique; elle est souvent compliquée d'œdème, et présente cela de remarquable, qu'elle frappe ordinairement les individus dont la constitution est profondément altérée. Voilà pour la première espèce de pemphigus chronique successif; voici pour la seconde.

Quelquefois le pemphigus chronique successif est constitué par une série indéfinie de véritables accès aigus, plus ou moins intenses, apparaissant à des intervalles plus ou moins longs, mais offrant une espèce de régularité. Ordinairement ces accès, ces poussées bulleuses apparaissent sur les mêmes points, se succédant ainsi dans leur siége d'élection : assez volontiers limitée, cette forme du pemphigus affecte souvent les mains, ou bien les membres inférieurs. Elle se présente avec des bulles petites, résistantes, reposant sur une aréole enflammée, mais n'offrant pas, même au début, cette transparence qui accuse la présence d'une sérosité limpide : de bonne heure au contraire, elles sont pleines d'un liquide comme purulent; aussi forment-elles, après leur déchirement, des croûtes plus épaisses que celles que présente d'ordinaire le pemphigus. J'ai dit que les accès avaient lieu à divers intervalles; ils ne sont pas non plus égaux en intensité; ainsi il y a de temps en temps, ce qu'on pourrait appeler les grands accès, dans lesquels on voit se développer des bulles énormes, irrégulières, comme résultant de la confluence de plusieurs phlyctènes au même point. Chaque accès dure de dix à quinze jours. Chose remarquable, bien qu'il y ait un peu de fièvre, de la constipation, l'état général du malade n'est pas ordinairement en rapport avec l'apparence de gravité de l'éruption. Ainsi il y avait en 1845 dans mes salles, à l'hôpital Saint-Louis, un malade, âgé de soixante-dix ans, qui était atteint de cette forme du pemphigus chronique successif : située aux membres inférieurs, elle était souvent compliquée d'excoriations douloureuses, elle était remarquable par l'abondance de la sécrétion, par le volume des phlyctèmes, par la fréquence des accès; et cependant la santé générale du malade n'en paraissait nullement altérée, et n'était, je le répète, un peu de constipation habituelle, toutes les fonctions se faisaient bien.

Quoi qu'il en soit, ces deux variétés peuvent conduire également à la seconde forme du pemphigus chronique, à la forme permanente et continue.

Dans ce cas, les bulles se renouvellent si fréquemment, qu'il n'y a plus d'intervalle possible entre les différentes poussées de la maladie. L'éruption s'étend alors, et peut prendre un caractère de généralité grave. Les bulles deviennent confluentes; il vient un moment, où cette confluence est telle, qu'il semble que les soulèvemens bulleux ne peuvent plus parcourir leurs phases d'accroissement, qu'à peine formés ils se déchirent, et couvrent ainsi de larges surfaces de ces petites croûtes lamelleuses, parfaitement semblables à des pelures de pâtisserie feuilletée; adhérentes à la peau par un point limité, elles flottent et présentent alors un aspect foliacé si remarquable, que j'ai cru devoir faire de ce caractère une forme particulière du pemphigus; c'est le *pemphigus chronique foliacé*. Parvenue à ce point, la maladie prend un aspect vraiment terrible; les paupières, altérées par des éruptions successives, se gonflent à leur bord libre, elles peuvent se renverser, perdre la possibilité de se mouvoir. Dans ces cas l'œil devient d'une sensibilité extraordinaire, la conjonctive palpébrale et oculaire est le siége d'une injection vasculaire prononcée, et les larmes, s'écoulant en



E. Bocourt, del.

Visto, sc.

Pemphigus Chronique

Bougeard, imp.



E. Bocourt pinx.

Pemphigus syph. des nouveau-nés.

Impie de Bougeard.

abondance, entretiennent sur les points excoriés un foyer rebelle d'irritation; la peau macérée exhale une odeur fade et nauséabonde, qui souvent incommode le malade lui-même; l'affection se complique d'hydropisie, de diarrhée, et conduit presque nécessairement à une fin fatale.

Tels sont les différens aspects sous lesquels se présente le pemphigus, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. Peut-être existe-t-il une autre forme, que l'on pourrait appeler intermédiaire, en ce qu'elle tiendrait le milieu entre le pemphigus et l'ecthyma, forme que je n'ai vue qu'une seule fois, et avec les caractères suivans : un homme de trente ans environ se présenta à ma consultation de l'hôpital Saint-Louis, portant sur les avant-bras, mais surtout à la paume des mains, une éruption constituée par des ampoules de la grosseur d'une noisette ordinaire, rénitentes, distendues par un liquide évidemment purulent : c'était plus qu'un pemphigus; c'était autre chose qu'un ecthyma, auquel n'appartenaient ni le volume, ni la saillie, ni la forme globuleuse de cette éruption. Cette forme, inobservée jusqu'alors, ou du moins non décrite, est-elle une variété du pemphigus? Il est jusqu'à présent impossible de se prononcer sur ce point, sur lequel je n'entends d'ailleurs nullement insister : tout ce que nous savons de positif se borne à ce que je vous ai dit de l'état aigu et de l'état chronique. Il y a cependant encore une espèce à part, désignée sous le nom de *pemphigus pruriginosus*, et caractérisée, ainsi que l'indique son nom, par des démangeaisons plus ou moins fortes... Bien que, dans ce cas, il ne s'agisse que d'un pemphigus compliqué de papules de prurigo, cette circonstance, qui est un caractère purement accidentel, peut cependant présenter assez de valeur pour constituer fréquemment une forme particulière; nous ne devrons cependant pas nous y arrêter. Il existe enfin une variété du pemphigus beaucoup plus importante, beaucoup plus obscure aussi, sur laquelle je dois appeler votre attention : c'est le pemphigus des nouveau-nés.

Pemphigus des nouveau-nés. — On a décrit à différentes époques une maladie dont on a fait le pemphigus des enfans, que Hufeland et Consbruck ont appelée *pemphigus infantilis*, que Wyteley-Stokes de Dublin a nommée le *pemphigus gangrenosus*; mais il ressort des descriptions même qu'on en a laissées, que les auteurs ont ainsi désigné une affection qu'il faudrait considérer comme une variété du rupia, le *rupia escarrhotica*. Depuis, M. Krauss a fait sur le pemphigus des nouveau-nés une thèse intéressante (1), surtout au point de vue du nombre des faits, bien que parmi ces observations, il en est un certain nombre qui n'appartiennent pas à la maladie qui leur sert de sujet. Quoi qu'il en soit, il existe une variété du pemphigus, peu connue, bien qu'elle ne soit pas aussi rare qu'on pourrait le croire, et qui consiste dans une éruption bulleuse, siégeant surtout à la paume des mains et à la plante des pieds. Cette affection apparaît exclusivement chez les nouveau-nés; j'en ai vu plusieurs exemples, et toujours les bulles étaient entourées d'une aréole violacée; elles étaient d'un volume assez considérable, comme celui d'une noisette ordinaire; elles contenaient toujours un liquide séro-purulent.

Il règne encore quelque obscurité sur la nature des causes qui peuvent produire cette maladie, bien qu'elle semble pouvoir être rapportée à l'infection syphilitique. Cette opinion emprunte sa plus grande autorité à M. le professeur Paul Dubois, qui ayant recueilli un assez grand nombre de faits, est arrivé à établir très positivement la filiation syphilitique de cette espèce de pemphigus. Ce savant praticien a bien voulu me faire voir quelques curieux exemples à l'appui de sa doctrine, et il faut bien croire avec lui que telle est, du moins dans la plupart des cas, l'origine d'une affection aussi curieuse à étudier, que grave pour les sujets qui en sont atteints. Voici d'ailleurs les raisons sur lesquelles se fonde M. Paul Dubois : il a toujours pu constater chez la mère, soit actuellement, soit à une époque plus ou moins éloignée, l'existence de symptômes spéciaux qui expliquaient parfaitement la possibilité d'une infection syphilitique chez l'enfant : il a vu, après la destruction de la bulle, de véritables ulcérations; enfin, tous les enfans atteints succombent, et le plus souvent avec une grande rapidité. Ces données, déjà si puissantes par le nom de leur auteur, appelleront sans doute de nouveaux travaux; aussi, bien que pour moi du moins, je sois tout disposé à adopter les idées de mon savant confrère, faut-il faire ici la part de l'expérience et de l'observation à venir.

Le pemphigus peut se présenter sur tous les points de la surface du corps.

On a signalé pour le pemphigus des complications importantes : à l'état aigu, on l'a vu accompagné d'une fièvre bilieuse; Finke en a observé des cas dans l'épidémie bilieuse de 1777 (2). Il peut coexister avec une fièvre catarrhale, avec une fièvre typhoïde, et dans ce dernier cas, ce sera ou l'épidémie de *pemphigus typhoïde* qui régnait à Prague en 1736, et que Thierry (3) a signalée, ou le *pemphigus helveticus* que Langhans (4) décrivait en 1752. Il est impossible d'ailleurs de préciser le rôle exact que jouait le pemphigus dans ces maladies observées par les auteurs; seulement on comprend comment sa coïncidence avec des formes épidémiques a pu le faire considérer dans quelques cas comme épidémique lui-même, et faire admettre des variétés qu'il n'a pas été donné d'observer depuis.

(1) *De pemphigo neonatorum.* Bonnæ, 1834.

(2) *De morbis biliosis anomalis*, etc., p. 118.

(3) *Medec. experiment.*, p. 134.

(4) Langhansius. *Acta helvet.*, vol. II, p. 260.

A l'état chronique, le pemphigus peut se compliquer d'œdème, d'hydropisie, d'affections organiques du cœur, de prurigo.

On a prétendu, à propos des lésions anatomiques du pemphigus, qu'il avait pu exister des bulles jusque dans le pharynx, sur l'œsophage et sur la muqueuse gastro-intestinale ; je n'ai jamais, dans toutes les autopsies que j'ai faites, signalé ces phénomènes, si facilement appréciables pourtant. D'un autre côté, j'ai toujours trouvé les muqueuses pâles, j'ai constaté des épanchemens plus ou moins considérables de sérosité dans les grandes cavités; mais la lésion qui nous a paru le plus remarquable, que nous avons constamment rencontrée, c'est cette dégénérescence particulière du foie, que l'on appelle le foie gras. Cette circonstance était d'autant plus frappante, que la maladie se présentait à un état plus avancé. Quel rapport existe entre ce phénomène et la maladie pemphigoïde? la lésion hépatique est-elle la cause ou le résultat de l'affection cutanée? Ce sont là des problèmes dont la solution est impossible dans l'état actuel de nos connaissances. Il est permis seulement de constater une coïncidence intéressante, jusqu'à ce que des données plus nombreuses, des observations plus concluantes, aient conduit à la déduction logique du fait que nous signalons ici. Quant au liquide épanché ou renfermé dans les bulles existant encore, nous l'avons trouvé albumineux, limpide, quelquefois jaunâtre; d'ordinaire visqueux, inodore, tachant faiblement le linge dans quelques cas au contraire, il exhalait une odeur fétide.

Causes. La cause première, intime, du pemphigus n'est pas connue. Quant aux influences extérieures qui président à son développement, elles semblent en général peu actives. Cependant on a pu constater l'action du froid, et surtout de l'humidité. Permettez-moi d'insister sur ce dernier point, qui me semble avoir une valeur que l'on n'a peut-être pas suffisamment appréciée. J'ai pu, me basant sur certains faits qui avaient éveillé mon attention, établir dans la plupart des cas de pemphigus, surtout de pemphigus aigu, que les malades avaient été influencés soit par un séjour prolongé dans des lieux humides, soit par le contact habituel de l'eau. Un grand nombre d'individus reçus dans mes salles pour un pemphigus aigu, étaient des garçons marchands de vin : dans beaucoup de cas de pemphigus situé aux membres inférieurs, j'ai constaté que l'éruption avait succédé à une immersion prolongée des jambes dans l'eau froide. Je ne voudrais pas conclure rigoureusement de ces observations, que l'humidité est la source absolue de la maladie pemphigoïde, mais ce n'est pas trop oser que de croire qu'il existe entre le développement de cette affection et le contact habituel de l'eau, par exemple, un rapport logique, au moins dans un certain nombre de cas. On peut signaler maintenant l'influence des climats, des saisons, des excès et écarts de régime, de l'alimentation. Dickson (1) a vu, en 1785, une femme chez laquelle les règles furent supprimées pendant deux ans et demi, et qui fut atteinte chaque mois, au moment de l'époque menstruelle, d'une éruption de pemphigus; Sennert (2) a observé cette maladie après le vomissement de sang; Hoffmann (3) l'a vue se développer comme suite de l'habitude de se faire saigner. J'ai vu moi-même un fait de ce genre. Mais de toutes ces influences souvent obscures, souvent peu appréciables, la plus incontestable est celle qui résulte de troubles généraux, notamment du système nerveux. Enfin, on a dit que le pemphigus succédait à d'autres maladies, à la vaccine; mais on a paru prendre pour des pemphigus des éruptions de variolette, c'est-à-dire des varicelles; à l'érysipèle, mais on voulait parler de l'érysipèle bulleux; au prurigo, mais nous avons vu que dans ce cas il s'agissait simplement d'une complication de deux formes qui cependant ici paraissent avoir un rapport remarquable entre elles. Enfin nous avons vu que le pemphigus pouvait succéder à l'eczéma chronique, et nous savons aussi que, dans ce cas, il constitue toujours une affection grave. Le pemphigus n'est jamais contagieux; mais est-il épidémique? J'ai essayé de vous expliquer comment les auteurs avaient été conduits à admettre des épidémies pemphigoïdes, là où en réalité il y avait seulement complication du pemphigus avec certains types épidémiques.

Diagnostic. La présence de bulles le plus souvent bien isolées, figurant de larges ampoules; la forme bombée, et si l'on peut dire ainsi, la *minceur* lamelleuse des croûtes qui succèdent aux bulles; enfin la nature des exulcérations toutes superficielles que le déchirement des phlyctènes met à nu; tous ces caractères suffisent pour rendre le diagnostic du pemphigus en général très facile. Cependant on a pu le confondre avec différentes formes : avec la varicelle, mais la forme de l'éruption dans cette dernière maladie, de sa marche, la régularité, la bénignité des symptômes généraux qui en font une fièvre éruptive, ne permettent pas que la confusion puisse être sérieuse ni durable : avec le zona, mais nous connaissons les caractères particuliers de cette variété de l'herpès, et si nous nous rappelons sa disposition en demi-ceinture, le volume de ses vésicules qui ne dépasse pas celui d'un pois, et surtout la douleur névralgique qui accompagne l'éruption, nous devrons la séparer facilement du pemphigus : avec l'érysipèle, mais nous avons déjà dit, en parlant de la maladie exanthématique, à quels signes on devait la distinguer de la maladie pemphigoïde, nous n'y reviendrons point : avec le rupia, mais dans cette forme essentiellement chronique, les bulles

(1) Loc. cit.

(2) *De Tumor.*, lib. V, cap. XXVII.

(3) *Dissert. med. de affectu roro scorbutico pustulari.* Suppl. II, p. 2.



E. Bocourt, del.

Choubard, sc.

Pemphigus Chronique foliacé.

Bougeard, imp.

sont rares; elles sont suivies de véritables ulcérations, de croûtes dures, épaisses, proéminentes, ce qui n'a jamais lieu dans le pemphigus : avec l'ecthyma; mais si dans cette affection les pustules sont quelquefois véritablement bulleuses par leur volume, elles sont toujours, et de prime abord, purulentes; elles donnent lieu à des croûtes noirâtres, épaisses, et ces caractères suffisent pour empêcher toute erreur : enfin avec l'impétigo; mais si confluent que puisse être le pemphigus, on devra toujours séparer ses croûtes minces, lamelleuses, foliacées, des croûtes épaisses, anfractueuses, de l'impétigo.

Pronostic. Le pronostic du pemphigus est en général grave : à l'état aigu, puisque sa présence doit faire craindre une disposition fâcheuse à des récidives; à l'état chronique, puisque alors la guérison est une exception très restreinte, et que la maladie a presque toujours une issue fatale, d'autant plus prompte qu'elle est plus étendue, et qu'elle a pris le caractère foliacé que j'ai essayé de vous décrire. On a essayé de démontrer que le pemphigus pouvait apparaître comme crise heureuse dans le cours de certaines grandes maladies; ainsi Franck l'aurait observé comme une complication salutaire de la péripneumonie ; Huxam aurait vu dans un cas de fièvre maligne grave une crise salutaire opérée par le développement de larges ampoules dans le dos, au quatorzième jour de la maladie. Je ne veux pas contester de pareilles autorités, mais malgré ces faits, je reste disposé à croire que l'apparition du pemphigus est toujours un fait grave, qui doit imposer au moins une grande réserve dans le pronostic de cette affection.

Traitement. Le pemphigus aigu ne réclame que quelques moyens très simples, et souvent la maladie cède à la diète seulement, aidée de boissons délayantes. En général, il doit être combattu par les moyens antiphlogistiques ordinaires, par quelques légers laxatifs, et par le repos.

A l'état chronique, le pemphigus peut être modifié aussi par les mêmes moyens ; mais ceux-ci ne suffiraient plus pour amener une guérison complète : on y ajoutera des boissons acidulées, des bains simples ou amidonnés. Si les douleurs sont vives, on appliquera sur les points malades des compresses imbibées d'un liquide anodin ou opiacé : on modifiera d'ailleurs le traitement selon les complications et selon les indications que celles-ci comportent. C'est alors aussi qu'on s'adressera surtout à la constitution du malade, qu'on cherchera à la refaire par l'emploi de moyens toniques appropriés; dans ce but, on ordonnera les ferrugineux, la limonade vineuse; souvent avec le café de gland, j'ai obtenu de très bons résultats. L'emploi des toniques ne doit pas être indiqué seulement par la détérioration de l'économie chez certains sujets; il est commandé dans tous les cas où la maladie persiste, même chez les sujets jeunes et vigoureux. Il faut être très réservé dans l'emploi des topiques, et il est d'autant plus utile que vous soyez prévenus de cette circonstance, que l'on est facilement tenté de combattre par des applications locales une maladie si gênante par sa nature et par ses produits. En général, les pommades ne valent absolument rien dans le pemphigus, et il faut s'en abstenir complétement. Les bains ont pour effet de macérer la peau et de faciliter le développement des bulles; ils sont donc plus nuisibles qu'utiles. Il est un seul cas peut-être où le pemphigus peut être heureusement modifié par une application topique active, c'est quand il occupe une surface limitée, où il se reproduit et reparaît sans cesse; alors je me suis souvent bien trouvé de l'usage de cataplasmes saupoudrés de quinquina ou de charbon. Mais en général, le topique qui m'a le mieux réussi, dans le double but de parer aux inconvéniens d'un suintement trop abondant, et de calmer les douleurs qui tourmentaient le malade, c'est l'amidon sec, avec lequel on saupoudre tous les points affectés, quelle que soit d'ailleurs l'étendue de l'éruption. J'ai vu des malades, couverts d'un pemphigus qui les enveloppait tout entiers, trouver dans l'emploi de ce topique une fraîcheur bienfaisante, qui faisait taire toutes leurs souffrances, et amenait quelquefois aussi une modification très heureuse de la maladie elle-même.

Observation (1). — *Pemphigus chronique.* — *Diarrhée.* — *Péritonite chronique.* — *Fièvre hectique.* — *Mort.* — *Altération remarquable du foie.* — M... (Baptiste), trente-cinq ans, cultivateur, né dans le Limousin (Haute-Vienne), n'a pas une constitution très forte, sans cependant avoir jamais été sérieusement malade. D'un tempérament qui tient le milieu entre le tempérament nerveux et le tempérament lymphatique, cet homme a toujours eu la peau blanche et fine, assez impressionnable. Ses yeux sont d'un bleu clair, ses cheveux roux : il n'a jamais joui d'un grand embonpoint. Il n'est pas phthisique et n'a jamais craché de sang, quoique sa mère, à qui il ressemble beaucoup, soit morte poitrinaire à l'âge de quarante-deux ans, et que les maladies tuberculeuses soient héréditaires dans ses ascendans maternels. Peut-être en aurait-il été atteint plus tard, car il était sujet à s'enrhumer au printemps, et ses rhumes duraient quinze jours ou un mois. Du reste, il n'a point eu de maladies scrofuleuses, et ne porte aucune trace qui pourrait faire soupçonner cette maladie. Cependant il faut dire que le malade était sujet aux abcès et aux furoncles.

Chez cet homme, toutes les fonctions ont toujours été en bon état, celles du tube digestif comme les autres. Les digestions étaient très faciles; il n'y avait ni diarrhées, ni vomissemens accidentels ; jamais ni trouble vers le foie, ni ictère, ni douleur à l'hypochondre droit.

(1) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, tome II, page 80.

Cet homme, qui est cultivateur et d'une famille assez aisée, n'a jamais été soumis à aucune cause anti-hygiénique dont l'action ait pu avoir quelque influence sur le développement de sa maladie. La seule imprudence qu'il ait commise, c'était de faire la pêche en entrant dans l'eau jusqu'à mi-corps, et quelquefois en s'immergeant tout entier. Dans cette position, il restait assis pendant trois heures et sans mouvement. Pendant plusieurs années il a répété la même chose à-peu-près tous les dimanches, et souvent par un temps très rigoureux. Du reste, il faut dire que tous les cultivateurs de son pays en font autant et n'en éprouvent aucun inconvénient.

Jusqu'à l'âge de vingt-huit ans, M..... n'eut absolument aucune éruption. Mais à cette époque, il commença à se développer chez lui une assez grande quantité de bulles de pemphigus sur le thorax. Cette éruption dura ainsi pendant dix-huit mois, toujours augmentant. A cette époque, les bulles étaient caractéristiques, semblables à des ampoules de vésicatoires, précédées, pendant deux ou trois jours, de rougeurs et de démangeaisons vives. Peu de temps après, il en parut aux bourses, puis aux membres inférieurs et supérieurs, et enfin au tronc. Il n'y a que dix-huit mois que le malade en a vu se développer sur le visage et au cuir chevelu. Maintenant le corps en est couvert en totalité.

Dans les premiers temps il y avait un peu de fièvre, par petits accès, quand une nouvelle éruption se faisait, par exemple. C'est qu'en effet la maladie venait par éruptions successives. Le malade avait fait la remarque qu'elles étaient tous les mois plus abondantes et plus fortes à l'époque de la nouvelle lune.

M..... entra à l'hôpital Saint-Louis (salle Henri IV, n° 17), le 18 février 1843. Depuis cette époque jusqu'au moment actuel (octobre 1844), il a présenté l'état suivant :

Il est dans un grand état de maigreur, sans altération bien profonde de la physionomie. Cependant le malade a encore conservé ses forces; il peut se lever et marcher, mais il garde le plus ordinairement le lit et s'y tient dans le décubitus horizontal, parce que les moindres mouvemens déchirent et rompent la peau au niveau des bulles, et il en résulte un écoulement de sang et une douleur très vive. Le corps est en entier recouvert d'une éruption de pemphigus chronique, dont on ne peut méconnaître la nature. L'épiderme se détache par larges écailles, ou squames, du diamètre d'une pièce de dix ou de vingt sous. Trop peu solide pour contenir la sérosité des bulles sans se rompre, il n'est pas soulevé par le liquide qui l'a détaché du derme, mais il repose à plat sur cette membrane. Quand la sérosité des bulles s'est écoulée des bulles récentes, on trouve sous l'épiderme une surface rouge, douloureuse : c'est le derme à nu et suintant. Dans les bulles anciennes, l'épiderme est dur, assez peu adhérent, et il recouvre une couche de nouvel épiderme déjà assez bien formé. La généralité de l'éruption fait que le corps en entier est couvert de ces écailles blanchâtres, minces, légèrement bombées au centre, adhérentes par un point et flottantes par tous les autres, ce qui donne à la desquamation cet aspect foliacé remarquable dont cette forme a pris son nom. Les cheveux, la barbe en sont remplis; il en existe jusque sur les lèvres et le bord libre des paupières; mais les muqueuses n'en ont point. La peau a acquis une friabilité remarquable; la moindre traction la déchire et cause de vives douleurs.

L'éruption des bulles n'est pas continue cependant; elle se fait à intervalles quelquefois assez longs, et pendant lesquels la peau se dépouille à peine de son étui d'écailles épidermiques foliacées et reprend un peu de poli. Bientôt une nouvelle éruption se forme. De temps à autre le malade éprouve un mouvement fébrile, mais cela n'est plus régulier comme au commencement de la maladie : il semble que l'habitude des éruptions ait émoussé la sensibilité, ou plutôt l'irritabilité du malade.

Depuis l'entrée de M..... à l'hôpital, très peu de changemens se sont montrés dans son état. De temps à autre un peu de fièvre. Le symptôme le plus grave a toujours été une diarrhée presque continue que rien ne suspendait, et d'où résultait un affaiblissement croissant qui force le malade à garder constamment le lit.

Le traitement mis en usage par M. Cazenave a consisté successivement dans les boissons émollientes, dans les astringens à l'intérieur et à l'extérieur, l'opium, le tannin, quelques ferrugineux, une alimentation douce, mais un peu substantielle.

Le malade, qui s'était assez bien soutenu jusqu'en septembre 1844, a commencé alors à dépérir et à avoir une petite fièvre lente, revenant tous les soirs; puis la fièvre a pris les caractères de l'hectique, et l'amaigrissement a marché avec une rapidité extrême. Le malade a ressenti dans l'intérieur du thorax une chaleur vive et brûlante; il a commencé à tousser sans cracher habituellement; mais, de temps à autre, il a rendu une assez grande quantité d'eaux claires et acides. La diarrhée est devenue continuelle et abondante. Enfin, vers les premiers jours d'octobre, on constate les symptômes évidens d'une ascite qui devient bientôt très abondante. Les bourses et les pieds deviennent aussi le siége d'une infiltration œdémateuse; les membres sont grêles et durs; des coliques très vives sont ressenties par le malade depuis le développement de l'ascite.

Le malade succombe le 26 octobre, à six heures du soir.

Autopsie le 28 octobre.

Le cadavre est d'une maigreur extrême. Il n'y a pas de rigidité cadavérique; déjà une putréfaction assez avancée s'en est emparée.

Un flot de sérosité citrine s'échappe de la cavité abdominale, qui contient au moins 5 litres de ce liquide. Le péritoine présente tous les caractères d'une péritonite chronique, à laquelle est venue s'en ajouter une aiguë assez



E. Bocourt. del. Choubard sc.

Impetigo.

Bougeard imp.

intense. La paroi abdominale est d'un rouge lie de vin dans beaucoup de points, surtout au niveau des anses intestinales; elle est, en outre, couverte de deux espèces distinctes de granulations opaques qui appartiennent et à l'état aigu et à l'état chronique : les unes, en effet, sont petites, grisâtres, demi-transparentes, peu saillantes, comme le sont les granulations des séreuses chroniquement enflammées; les autres sont larges comme des lentilles, épaisses, peu consistantes, crémeuses; en un mot, ce sont des lambeaux pseudo-membraneux, appartenant à une péritonite récente. Il y a aussi des adhérences, au moyen de lymphe plastique, des anses intestinales entre elles, et avec la paroi abdominale.

L'intestin a sa muqueuse très pâle, quoique saine et sans ulcération dans sa plus grande étendue.

L'estomac est parfaitement sain.

L'œsophage, le pharynx, le larynx et la trachée, n'ont pas d'ulcérations ni de traces de bulles. Ces organes ont été examinés avec soin.

L'altération la plus curieuse est celle du foie : cet organe a considérablement perdu de son volume normal; il est réduit de plus de moitié; il est comme ratatiné, et occupe un point très rétréci de l'hypochondre droit. Des adhérences difficiles à déchirer le fixent au diaphragme. Sa couleur est très foncée; il est lie de vin, principalement dans son lobe droit. Le lobe gauche a presque sa couleur habituelle. Le tissu de l'organe a beaucoup perdu de sa consistance dans le lobe droit, qui s'écrase entre les doigts avec la plus grande facilité. Il se laisse couper également sans peine, et, à la coupe, il graisse le scalpel. Un commencement d'état gras s'y manifeste. Cet état se traduit ainsi à l'œil, non par la couleur, puisqu'elle est très foncée (c'est un simple état de congestion que le lavage fait disparaître), mais par l'aspect de la coupe qui est assez régulière, non grenue, et qui n'offre plus les granulations distinctes, comme dans l'état normal. Dans les points où on peut encore les voir, elles sont séparées par de larges couches graisseuses. Le lobe gauche n'a pas subi les mêmes altérations; il est encore ferme et moins foncé en couleur.

Les poumons sont sains, mais il y a une sérosité opaline abondante dans les plèvres aussi bien que dans le péricarde.

IMPÉTIGO.

Nous sommes arrivés aux inflammations de la peau, ayant pour caractère commun des *pustules;* mais ce caractère peut présenter lui-même quelques différences, qui ont dû faire admettre des pustules de plusieurs espèces. Je ne parlerai pas ici des lésions élémentaires de la variole, ni de celle de l'éruption faveuse, dont nous nous occuperons plus tard; mais en laissant de côté ces formes toutes spéciales, nous trouvons décrites deux variétés principales de pustules, les psydraciées, si elles sont petites, les phlysaciées, si elles sont largement développées : les premières, rapprochées entre elles, suivies de croûtes épaisses, rugueuses, jaunâtres, caractérisent l'impétigo dont nous allons vous présenter l'histoire; les secondes appartiennent à l'ecthyma, dont nous nous occuperons ensuite. Il importe de signaler cette division, en lui attribuant toute l'importance qu'elle mérite : c'est ici plus qu'une simple distinction de mots.

J'ai donc à vous parler de l'impétigo, maladie très intéressante et par l'étude des caractères extérieurs qu'elle revêt, et surtout au point de vue de l'étiologie, et par conséquent du traitement. Ce terme d'impétigo a été employé depuis les premiers temps de l'histoire de la médecine, mais toujours dans des acceptions différentes, c'est-à-dire sans présenter de valeur réelle, pour l'étude des maladies de la peau.

Appliqué par Pline à des éruptions, siégeant principalement à la face, il apparaît dans Celse, pour représenter quatre éruptions différentes, ou plutôt quatre degrés différens de la même maladie; plus tard, on le trouve employé par les Arabistes, pour désigner une affection rongeante : de nos jours Franck s'en est servi, pour qualifier toute une classe de maladies chroniques; enfin Willan et après lui Biett lui ont donné la signification que nous lui trouvons aujourd'hui. Alibert en avait fait, selon les siéges, la *dartre crustacée flavescente*, et la *teigne granulée;* plus tard ce fut pour lui la *mélitagre.*

J'ai cru, pour moi, devoir lui conserver le nom d'impétigo, avec les caractères précis que lui avaient assignés Willan et Biett; c'est-à-dire que nous entendrons par ce mot, une maladie caractérisée par des pustules psydraciées, confluentes, donnant lieu à la formation de croûtes molles, jaunâtres, épaisses, irrégulières, qui se renouvellent par un suintement plus ou moins abondant, et qui laissent après elles des empreintes persistant assez long-temps.

Impétigo aigu.— A l'état aigu, l'impétigo est quelquefois précédé d'un peu de malaise, de céphalalgie, d'inappétence; mais en général, ces prodromes sont très peu marqués. Bientôt apparaissent sur certains points des tâches rouges, assez bien distinctes, un peu élevées, et qui sont le siége d'un sentiment de chaleur, quelquefois même de douleur assez prononcée. Sur ces points se manifestent bientôt de petites pustules, ordinairement rapprochées les unes des autres, mais qui peuvent aussi ou rester isolées, ou se confondre les unes avec les autres: ces pustules aplaties, superficielles, atteignent leur développement complet en trente-six ou quarante-huit heures, et alors elles ont la grosseur moyenne d'un grain de millet; puis elles s'ouvrent et laissent échapper un liquide purulent, qui se dessèche

et donne lieu à des croûtes jaunes, ressemblant assez bien, tout d'abord, à des larmes d'ambre : elles épaississent, deviennent inégales, rugueuses, mais conservent toujours une certaine transparence, qui leur donne l'air de débris de miel desséché, ou du suc gommeux de certains arbres. Ces croûtes sont d'ailleurs peu adhérentes, et conservent, même dans leur plus grande épaisseur, la superficialité de la pustule qui les a précédées: elles sont comme déposées sur la surface de la peau; elles sont d'ailleurs mollasses et entretenues par un suintement continuel. Aussi parviennent-elles quelquefois à une épaisseur considérable, et alors elles se fendent, se gercent, laissant sourdre par leurs interstices un liquide ichoreux: si elles tombent, soit spontanément, soit par suite des moyens employés, la surface qu'elles laissent à nu est le siége d'une sécrétion purulente, qui donne lieu à la formation de nouvelles croûtes: enfin l'éruption peut s'étendre par l'apparition de pustules nouvelles autour des plaques déjà envahies, pustules qui, se comportant comme les premières, présentent les mêmes phénomènes de purulence et de dessiccation.

Après deux ou trois septénaires, rarement plus, la chaleur de la peau s'éteint, les croûtes reviennent moins épaisses; elles se détachent par petites portions plus sèches, grisâtres; le suintement cesse peu-à-peu, se tarit enfin tout-à-fait; les plaques sont de moins en moins rouges... il ne reste bientôt plus rien de l'éruption que des empreintes brunâtres, qui persistent quelquefois assez long-temps. Chose remarquable, l'impétigo peut, alors que les pustules ont cessé, se continuer pendant un peu de temps encore par une sorte d'état squameux, qui le fait alors ressembler à un eczéma : il semble que l'inflammation se décompose en s'éteignant, que de tous les élémens morbides qui composent l'impétigo, il ne reste plus qu'une petite phlegmasie séreuse qui donne lieu à la desquamation que je signale ici, et qui d'ailleurs passe elle-même assez rapidement.

Telle est ordinairement la marche de l'impétigo aigu; cependant il peut se présenter avec une acuité plus grande encore, et surtout avec des phénomènes de congestion bien plus marqués. Il est annoncé alors par des troubles généraux plus intenses; il y a de la fièvre; la cuisson et la douleur locale sont vives; enfin l'éruption repose sur des taches érysipélateuses, largement développées: c'est ce que Willan appelait l'*impétigo érysipélatodes*.

Permettez-moi de vous dire ici quelques mots d'une forme de l'impétigo, que Biett avait signalée dans ses leçons, sous le nom d'*impétigo rodens*, mais qui par sa nature, peu connue d'ailleurs, semblerait ne pas devoir appartenir à la maladie qui nous occupe. Quelquefois en effet, et j'en ai vu moi-même plusieurs exemples, l'impétigo n'est plus seulement constitué par des pustules et par des croûtes qui tombent et se renouvellent sans cesse; il y a bien une éruption pustuleuse, présentant tous les caractères de l'impétigo; mais les croûtes, en tombant, laissent après elles des ulcérations, et par suite de véritables cicatrices. Ici, le caractère principal de la maladie, serait une véritable tendance à détruire les parties affectées, et sous ce rapport, elle devrait être reléguée parmi les formes, qu'à raison même de cette tendance j'ai dû classer à part et qui forment le *VIIe groupe*. Cependant cette variété, bien qu'existant réellement, est très rare et très peu connue : il n'aurait pas été possible de la ranger parmi les dégénérescences essentielles, à moins d'en faire une sorte de lupus aigu, ce qui eût été par trop hypothétique. J'ai mieux aimé en dire quelques mots, tout en reconnaissant qu'elle n'appartient que très élémentairement à l'impétigo.

Impétigo chronique.—L'impétigo devient chronique, soit qu'il dure indéfiniment, formé par une série d'éruptions aiguës successives, soit qu'il se perpétue sur place, sans interruption aucune, sans aucune trace d'acuité. Dans le premier cas, chaque bouffée de la maladie se comporte comme nous l'avons vu tout-à-l'heure; il y a de la rougeur, de la douleur, des pustules, des croûtes, puis tout disparaît, pour se manifester de nouveau soit au même point, soit sur un autre. La maladie est alors le plus ordinairement entretenue par des écarts de régime: dans le second cas, il n'y a plus, pour ainsi dire, d'éruption, et, n'étaient quelques rares pustules que l'on rencontre aux environs des plaques, on ne trouverait aucun signe sensible d'inflammation. Les croûtes incessamment grossies par le suintement purulent qu'elles recouvrent, deviennent énormes et noirâtres; mais toujours superficielles, elles se détachent facilement, et se reforment de toutes pièces, parce qu'au lieu de succéder à des pustules qui se déchirent, elles sont formées d'emblée par ce suintement, souvent très largement répandu. Dans quelques cas, et surtout chez les individus dont la constitution est détériorée, les croûtes peuvent prendre un accroissement plus considérable encore; rugueuses et verdâtres, comme des écorces d'arbre, auxquelles on les a comparées, elle encaissent un membre tout entier; elles se fendent en différens points, et par ces fissures laissent échapper un liquide ichoreux et brunâtre, qui exhale parfois une odeur insupportable! c'est cette forme que Willan appelait *impétigo scabida*. Parvenue à ce point, la maladie peut être compliquée d'un gonflement de la peau tout entière, d'œdème, d'anasarque, et même d'ulcérations; si elle est fixée aux orteils, elle peut entraîner la chute des ongles, ou au moins les rendre ternes, épais, cassans, informes. Je n'ai pas besoin d'ajouter que si l'impétigo chronique peut en tous cas durer plusieurs septénaires, et même des mois entiers, il a dans cette dernière circonstance, une durée véritablement infinie.

L'impétigo peut se présenter sur tous les points de la surface du corps, mais il n'offre pas partout et les mêmes caractères, et, si ce mot était permis, la même gravité. Aussi Willan avait-il admis plusieurs variétés, qu'il désignait d'ailleurs d'après certains caractères particuliers de forme et de siége d'élection. Ainsi, quand l'impétigo était irrégulièrement répandu, comme jeté çà et là, au hasard, c'était l'*impétigo sparsa*, que l'on trouvait le plus souvent aux membres, au pli des articulations: c'était, au contraire, l'*impétigo figurata*, quand l'éruption, circonscrite dans un

point, y prenait la forme du lieu qu'elle occupait, selon qu'elle était fixée aux sourcils, aux paupières, aux lèvres, etc. : mais dans ces cas l'impétigo n'offrait de particularité réelle que celle qui résultait de la forme; il n'en était pas de même quand Willan décrivait les deux formes dont nous allons nous occuper, et dont l'histoire présente un véritable intérêt.

Impetigo larvalis. — L'impétigo se présente quelquefois chez les tout jeunes sujets, avec des caractères particuliers, qui en ont fait faire une espèce à part. On voit alors, et chez les petits enfans surtout, la face se couvrir d'une foule de pustules, très ténues, superficielles, confluentes, réunies en groupes, et accompagnées de démangeaisons vives, qui sollicitent le petit malade à se gratter. A cette éruption pustuleuse succèdent des croûtes d'un jaune verdâtre, quelquefois minces et lamelleuses, d'autres fois molles et épaisses. Quand elles tombent, elles laissent à nu des surfaces rouges, enflammées, que baigne un suintement abondant, et que recouvrent bientôt des croûtes, incessamment renouvelées. Dans quelques circonstances, le suintement est tel, que le liquide ne peut plus se concréter sur place, et qu'on le voit visqueux et épais, s'écouler sur la face du malade.

Cette forme peut se présenter avec une intensité très variable; ainsi elle est parfois bornée à quelques points, que recouvrent des lamelles minces, entretenues par un suintement peu abondant, et elle constitue alors ce que l'on appelle les *croûtes de lait.* Dans d'autres cas, au contraire, l'éruption s'étendant sans cesse, couvre la face tout entière de croûtes plus ou moins épaisses, verdâtres, et la cache ainsi sous un véritable masque, d'où lui vient le nom de *larvalis.* Elle s'étend aux oreilles, au cou, au cuir chevelu, où elle exhale une odeur fade, nauséabonde, et alors, avec ses croûtes mollasses, ses surfaces excoriées et suintantes, ses stries sanguinolentes, elle donne au malade un aspect hideux, et jette souvent le désespoir dans une famille alarmée. Arrivé à ce point, l'*impetigo larvalis* est accompagné de démangeaisons très vives, quelquefois de douleurs assez intenses : les ganglions voisins s'enflamment et peuvent suppurer; la maladie peut se compliquer de coryza, quelquefois d'otite, d'ophthalmie; les cheveux, collés ensemble par un liquide visqueux et épaissi, sont séparés par plaques : c'est cet état qu'Alibert décrivait sous le nom de *teigne muqueuse.*

Willan, et avec lui tous les praticiens anglais, donnaient pour lésions élémentaires à cette maladie, des pustules spéciales, qu'ils appelaient *aehores;* mais elles ne diffèrent pas, en réalité, des pustules psydraciées de l'impétigo. Cette forme a d'ailleurs une durée variable, mais en général assez longue; ainsi elle peut persister pendant des mois entiers, au-delà d'une année même, et il est bon d'être prévenu de cette circonstance, qui doit influer nécessairement sur le pronostic de la maladie; mais alors, chose remarquable, l'éruption persiste le plus souvent, sans que la santé générale de l'enfant en paraisse atteinte, et s'il survient quelque désordre, ce fait constitue toujours une exception ordinairement très restreinte. Quoi qu'il en soit, quand la maladie marche vers une modification heureuse, le suintement diminue, les croûtes se reforment plus lentement; elles sont plus molles, plus minces, plus blanches; les surfaces qu'elles recouvrent perdent de leur rougeur; l'inflammation s'éteint, et bientôt il ne reste plus que cette desquamation légère, qui marque, comme nous l'avons vu, la période décroissante de l'impétigo. Tout passe enfin, et, chose singulière, là où existaient ces croûtes épaisses, sillonnées de fissures baveuses et profondes, ces surfaces fendillées, où les ongles du petit malade ouvraient des crevasses sanguinolentes, là où se développait enfin une éruption en apparence si grave, si persistante, si longue...., non-seulement on ne trouve jamais de cicatrice, mais la maladie ne laisse après elle qu'une empreinte à peine rose, qui passe avec une grande promptitude.

Impetigo granulata. — Essentiellement bornée au cuir chevelu, cette forme est caractérisée par de petites croûtes grisâtres, de forme irrégulière, répandues en plus ou moins grand nombre au milieu des cheveux. La maladie débute par des pustules ténues, d'un blanc jaunâtre, accompagnées d'une inflammation vive, et traversées ordinairement par un cheveu; elles s'ouvrent de bonne heure, et laissent échapper un liquide purulent qui se concrète en ces croûtes irrégulières dont je viens de vous parler : celles-ci durcissent, deviennent bosselées, inégales, et prennent une couleur d'un gris foncé remarquable; sèches et friables, elles se détachent en fragmens qui se mêlent aux cheveux, et ressemblent soit à du mortier grossièrement pulvérisé, soit à du plâtre détaché des murs et sali par l'humidité et la poussière : ce sont ces granulations, bien isolées, flottantes dans les cheveux, qui donnent à la maladie le caractère qui lui a valu son nom. Dans quelques cas, les croûtes sont très dures, très adhérentes, et agglutinent ensemble plusieurs cheveux; ce sont les *galons,* qui durent quelquefois assez long-temps pour produire l'atrophie du bulbe, et par suite l'alopécie. D'autres fois, au contraire, les croûtes sont humides, d'une consistance gommeuse, et Alibert les comparait à des fragmens de manne vieillie et noircie par le temps.

Dans tous les cas, la maladie est accompagnée de démangeaisons vives, et pour peu que le malade soit dans des conditions de malpropreté et de misère, il exhale une odeur des plus désagréables; il peut aussi être tourmenté par des poux, qui pullulent alors en très grande quantité. Mais ces complications ne sont qu'accidentelles, et tiennent à des causes qu'il est toujours permis de faire cesser facilement.

L'*impetigo granulata* a aussi une durée variable; il persiste rarement au-delà de trois à quatre septenaires.

Causes. L'impétigo peut se développer sous l'influence de causes internes et de causes externes; mais cela étant

donné, pourquoi un impétigo plutôt qu'autre chose, plutôt qu'un eczéma, par exemple? C'est à ce point de vue que l'étiologie des affections impétigineuses offre un véritable intérêt. Ici, en effet, se présente la question de siége, qui joue un si grand rôle dans la genèse des maladies de la peau. Nous savons déjà que les exanthèmes sont des affections du réseau vasculaire, que l'eczéma gît dans l'appareil sudoripare; l'expérience, jointe à l'observation, m'a appris que l'impétigo siégeait toujours dans l'appareil lymphatique de la peau. En effet, on observe surtout la maladie impétigineuse chez les individus à peau blanche, molle, fine, délicate; elle est fréquente à l'âge où les sécrétions blanches prédominent, chez les enfans, par exemple; elle est au contraire très rare chez les vieillards. L'impétigo affecte des individus qui ont bien évidemment un tempérament lymphatique exagéré, qui ont été affectés d'engorgemens glandulaires, d'abcès froids; il apparait au même titre, comme complication de ces divers symptômes; en un mot, et bien évidemment, l'impétigo est une maladie du système lymphatique de la peau : il a pour cause première et prédisposante la prédominance soit innée, soit acquise, des tissus blancs. Ce point principal posé, et sans en tirer ici toutes les conséquences relatives au traitement même de la maladie, on comprend que l'impétigo, tout en étant l'expression d'un état général préexistant, se développe sous l'influence occasionnelle soit de causes extérieures directes, soit de troubles actuels et plus ou moins profonds de l'économie.

L'impétigo peut être déterminé par le contact de substances âcres et pulvérulentes : ainsi on l'observe quelquefois chez les individus qui manient par état le sucre brut, la chaux, les poudres métalliques, etc.; mais il faut reconnaitre que ces cas sont assez rares, car dans ces circonstances, c'est plutôt un ecthyma que l'on voit se développer. L'impétigo aigu apparaît dans toutes les saisons, mais il semble surtout fréquent au printemps et pendant l'été; et alors il attaque de préférence les jeunes gens, les femmes, les individus blonds, sanguins. Il est influencé aussi par des exercices violens, par des fatigues, des émotions morales vives.

L'impétigo aigu peut aussi se développer sous l'influence de troubles fonctionnels généraux : ainsi il apparait chez les filles ou les femmes mal réglées; on le voit survenir à l'âge critique; mais cette influence de l'économie est surtout manifeste pour l'impétigo chronique. Il se plaît chez les individus dont la constitution a été profondément détériorée par la misère, les privations de toutes sortes, une mauvaise alimentation, et qui sont affaiblis par des excès de tout genre. C'est à ce titre que l'*impetigo scabida* affecte certains vieillards cachectiques. La misère et la malpropreté paraissent présider aussi au développement de l'*impetigo granulata*, qui peut être d'ailleurs produit, ou du moins entretenu par l'habitude de porter de longs cheveux.

Quant à l'*impetigo larvalis*, les causes en sont au moins fort obscures : on remarque cependant que c'est une maladie qui coïncide avec la première et avec la seconde dentition, et l'on peut en conclure qu'elle serait influencée par ce travail critique de l'enfance; je l'ai vue aussi coïncider avec une entérite. Cette forme de l'impétigo affecte d'ailleurs aussi bien les enfans forts et bien portans que ceux qui sont faibles et délicats; aussi est-il notoire qu'elle n'altère pas profondément la santé, et que sa durée est sans influence générale sur l'économie.

Si enfin nous ajoutons que l'impétigo n'est jamais contagieux, nous aurons dit tout ce que l'on peut connaître, aujourd'hui du moins, sur l'étiologie de cette intéressante affection de la peau.

Diagnostic. Nous avons vu, en faisant l'histoire de l'eczéma, que cette affection pouvait se présenter avec certains caractères, qui la dénaturaient, pour ainsi dire, et pouvaient devenir une cause d'erreur dans l'appréciation de la maladie. Nous retrouvons ici les mêmes difficultés pour l'impétigo, qui pourrait être confondu avec l'éruption vésiculo-pustuleuse que nous avons décrite sous le nom d'*eczéma impétigenodes*. Malgré l'espèce d'analogie qui existe entre ces deux formes, on pourra toujours les distinguer, en se rappelant que si impétigineux qu'il soit, l'eczéma est toujours caractérisé par des vésicules, par un suintement séro-purulent, par des croûtes lamelleuses, grisâtres, minces, molles, plus superficielles encore que les croûtes rugueuses, épaisses, informes, jaunâtres de l'impétigo.

Quand il est fixé soit aux lèvres, soit au menton, l'impétigo pourrait être pris pour le sycosis; mais pour le premier les pustules sont petites, rapprochées en groupes; elles suppurent complétement, et donnent lieu à ces croûtes épaisses que nous connaissons; tandis que pour le second elles sont discrètes, qu'elles ne suppurent que dans une très petite étendue, un sixième ou un huitième, par exemple; qu'elles donnent lieu à des croûtes plus sèches, plus dures, noirâtres, et, plus tard, comme suspendues au milieu des poils; qu'enfin elles sont suivies d'indurations tuberculeuses, qui constituent un phénomène secondaire de la plus haute importance.

L'impétigo a été confondu quelquefois avec le pemphigus chronique, surtout quand ce dernier prend cet aspect foliacé dont j'ai essayé de vous faire comprendre toute la valeur. Dans ce cas, le diagnostic repose et sur la généralité du pemphigus, et sur ses exfoliations lamelleuses, bombées, flottantes, que l'on ne trouve jamais dans l'impétigo. L'histoire de la maladie ne peut pas d'ailleurs permettre que l'erreur soit de longue durée, et, au besoin, l'existence de soulèvemens bulleux mettrait un terme à toutes les incertitudes.

Le diagnostic de l'*impetigo granulata* présente une assez grande importance, car ce point touche à l'histoire des *teignes*, à cette histoire aussi obscure, qu'elle peut être féconde en considérations pleines d'intérêt. L'impétigo, situé au cuir chevelu, ne saurait être pris, ni pour l'eczéma, dont les lamelles molles, grises, et le suintement séreux sont toujours facilement appréciables; ni pour le psoriasis, dont les écailles sèches, blanches, ne peuvent être

confondues avec rien; ni pour l'herpès tonsurant, dont les plaques bleuâtres, grenues, hérissées de cheveux coupés ras, sont si remarquables : mais il pourrait en imposer pour le favus, pour le porrigo favosa, qui seul, comme nous le verrons plus tard, mérite ce nom de *teigne*, que l'on a mal-à-propos donné à une foule d'affections différentes. Voyons à quels caractères on peut séparer deux maladies si dissemblables.

Les pustules de l'impétigo, extérieures bien que superficielles, comme déposées sur la peau, peuvent-elles ressembler aux pustules du porrigo, enchâssées, profondes, ne se trahissant que par un suintement purulent? Ne suffit-il pas, pour les séparer, de connaître les croûtes granulées, mais toujours grisâtres, mollasses, de l'impétigo, et celles du favus, d'un jaune particulier, comme safrané, disposées en forme de godets quand elles sont intactes; quand elles sont vieilles, sèches, répandues çà et là, pulvérulentes, tombant comme des parcelles de mortier desséché? Enfin, le porrigo se sépare complétement de l'affection impétigineuse par son caractère contagieux et par l'alopécie qu'il produit presque fatalement, et que l'on ne trouve que très rarement dans l'impétigo. Dans ce dernier, d'ailleurs, elle n'est qu'accidentelle et momentanée, tandis que dans le favus, elle tient à la cicatrisation des surfaces malades, et est toujours incurable.

J'ai vu enfin l'impétigo être confondu avec certaines formes des syphilides; mais nous verrons, en traçant l'histoire de ces dernières, quelle différence il y a entre les croûtes de l'impétigo et les leurs, noirâtres, adhérentes, trahissant par leur enfoncement dans la peau les ulcérations qu'elles recouvrent toujours.

Pronostic. L'impétigo ne peut jamais constituer une maladie grave, si ce n'est dans quelques cas exceptionnels, l'*impetigo rodens*, par exemple; il peut aussi avoir une certaine valeur, comme expression d'un tempérament lymphatique exagéré. En dehors de ces circonstances, c'est quelquefois une maladie tenace, désespérante par sa durée, d'un aspect repoussant; mais c'est une maladie qui, en général, passe sans altérer la santé, et sans laisser de traces.

Le pronostic de l'*impetigo larvalis* a une importance toute particulière, dont il faut bien tenir compte. Ainsi, cette maladie, ordinairement très rebelle, jette souvent le désespoir et l'effroi dans l'âme d'une mère découragée : il faut, tout en ayant le courage de dire que la guérison se fera peut-être long-temps attendre, ne pas craindre d'affirmer que la maladie guérira nécessairement, et qu'elle passera sans laisser de cicatrices, ni même de traces tant soit peu persistantes.

Traitement. A l'état aigu, l'impétigo réclame l'emploi de quelques boissons rafraîchissantes et acidules, de lotions émollientes, de quelques saignées générales ou locales, si le malade est jeune, vigoureux, sanguin, si l'impétigo est très étendu, s'il occupe toute la face; de quelques légers laxatifs, et enfin de quelques bains simples et tièdes.

Quand l'éruption persiste et passe à l'état chronique, ces moyens ne suffisent plus; on a recours alors à des purgatifs, au calomel, aux sulfates de magnésie, de soude, aux préparations aloétiques; on administre avantageusement les bains et les douches de vapeur, qui agissent doublement, en faisant tomber les croûtes, et en modifiant la vitalité de la peau. C'est à cette période que l'on peut obtenir de très heureux résultats de l'emploi des sulfureux, qui sont alors aussi utiles qu'ils peuvent être nuisibles à la période aiguë. On conseillera avantageusement les eaux d'Enghien, de Bonnes, de Barèges, de Cauterets, prises soit en bains, soit à l'intérieur. J'ai vu, dans ces cas, l'usage des bains de mer être suivi de très bons effets.

Quant aux topiques locaux, il faut en être très sobre, et peut-être serait-il plus rationnel de dire qu'il faut s'en abstenir complétement. En général, aucune pommade n'est utile dans le traitement de l'impétigo; les lotions alcalines sont au contraire très efficaces; il faut en dire autant des lotions d'eau acidulée, surtout avec l'acide hydrochlorique. Quant à la cautérisation, qu'Alibert avait ici érigée en principe, il ne faut y avoir recours que pour aviver des surfaces atoniques, où la guérison semble devenir impossible; alors on se sert d'une solution de nitrate d'argent, que l'on étale avec un petit pinceau sur les plaques malades; mais l'expérience a démontré que c'était rarement une médication utile.

Ce qu'il faut faire avant tout, c'est étudier la constitution du malade, ses antécédens, et quand on a trouvé là la cause de la maladie, diriger contre l'économie elle-même un traitement qui doit réagir sur l'affection cutanée. C'est ainsi que dans les cas les plus graves en apparence, j'ai employé avec succès l'hydrochlorate de chaux, les décoctions de feuilles de noyer, l'huile de foie de morue, tous les moyens, en un mot, qui peuvent modifier avantageusement un tempérament lymphatique exagéré; en dernière analyse, et quand tous les moyens rationnels avaient échoué, j'ai obtenu des cures inespérées avec l'emploi des préparations arsenicales, et notamment de la solution de Pearson.

Dans l'*impetigo granulata*, il faut avant tout couper les cheveux, laver avec soin les surfaces malades : ces moyens hygiéniques, unis à l'emploi de quelques topiques émolliens, de quelques boissons rafraîchissantes, suffisent le plus souvent pour faire disparaître la maladie; quelquefois on est obligé d'avoir recours à l'emploi de bains alcalins, de lotions alcalines, à l'administration de quelques laxatifs.

Quant à l'*impetigo larvalis*, il ne réclame pas, pour ainsi dire, de traitement direct; en effet, cette maladie affecte ordinairement des enfans tout jeunes, chez lesquels on ne peut employer de moyens modificateurs tant soit

peu actifs, d'autant mieux qu'en général, l'éruption coïncide avec une assez bonne santé d'ailleurs; la plupart du temps, un traitement dirigé contre l'éruption même serait inutile au moins, quelquefois même véritablement nuisible, et ceci est applicable surtout aux topiques. Il ne faut, sous aucun prétexte, employer ni les pommades, qui ajoutent à l'inflammation, ni les cataplasmes, qui macèrent la peau et préparent ainsi les progrès de l'éruption.... Il faut, tout en se gardant de céder aux sollicitations des parens, et encore moins à des préoccupations personnelles, qui pourraient entraîner à user de remèdes qui ajouteraient au mal, il faut consulter l'état général, la santé de la mère, de la nourrice. On ordonnera quelques lotions avec du lait, avec de l'eau de son tiède; on dira à la nourrice de faire jaillir son lait sur le visage de l'enfant; pour calmer les démangeaisons qui tourmentent le malade et le forcent à se gratter et à se déchirer, on saupoudrera les surfaces avec de l'amidon sec, moyen simple, qui produit souvent les meilleurs résultats. S'il faut employer quelques purgatifs, on administrera la magnésie; plus tard enfin, on aura recours à quelques sulfureux, mais administrés avec réserve. Dans aucun cas on n'oubliera que, si longue et si persistante que soit l'éruption, elle doit toujours guérir, et guérir sans laisser de traces.

Quant au traitement de l'*impetigo rodens*, il rentre nécessairement dans celui du *lupus*.

Observation (1). — *Impétigo de la face, survenu pendant l'allaitement. — Traitement par les amers, etc. — Guérison. — Récidive après un avortement. — Traitement par la solution d'hydro-chlorate de chaux. — Guérison.* — La nommée H..., Marie-Louise, 25 ans, coloriste, est entrée à l'hôpital Saint-Louis pour être traitée d'un impétigo de la face. D'un tempérament éminemment lymphatique, blonde, à peau fine et rose, cette femme a déjà eu trois enfans, dont deux encore vivans et bien portans, non scrofuleux. Elle n'est pas scrofuleuse elle-même, n'a jamais eu d'engorgement de ganglions sous-maxillaires, non plus que d'abcès, d'éruptions à la peau de quelque nature que ce soit. Bien portante d'habitude, bien réglée depuis l'âge de 14 ans, elle n'a jamais éprouvé de dérangement, de retard ou d'interruption de l'évacuation menstruelle qui est toujours très abondante; elle a quelquefois vu en blanc, mais très peu; rien à présent. Il n'y a rien du côté du thorax. Elle est sujette à avoir des diarrhées abondantes avec fièvre, et qui durent huit, quinze jours, trois semaines quelquefois; ce dévoiement est surtout abondant après les couches; mais elle l'éprouve aussi dans les intervalles, car elle l'a plusieurs fois chaque année. Pas de maladie syphilitique.

Accouchée pour la troisième fois le 28 juillet 1842. A la suite de cette couche, elle a éprouvé un dévoiement encore plus abondant que de coutume; elle s'en est bien remise cependant. Dans l'été de 1843, et pendant qu'elle nourrissait, elle éprouva un mouvement fébrile accompagné de céphalalgie, de mal à la gorge et dans la bouche, sans diminution de la sécrétion du lait cependant; puis apparaissent dans le cuir chevelu, de petites tumeurs acuminées comme de petits furoncles, douloureuses, suivies d'un engorgement considérable des ganglions lymphatiques du col, à tel point que les mouvemens de la tête étaient très difficiles : il reste encore maintenant quelques-uns de ces ganglions engorgés à la partie postérieure du cou. Quelques-unes de ces petites tumeurs de la tête, que l'on peut considérer comme des pustules d'impétigo, disparurent spontanément; le plus grand nombre suppura, et il en résulta des croûtes abondantes qui agglutinèrent les cheveux. Il fallut couper ces derniers. La fièvre était violente alors, et la malade entra à Beaujon. Après trois jours la fièvre avait disparu; après huit jours de séjour à l'hôpital, la malade sortit guérie de la fièvre et de l'éruption de la tête.

Après sa sortie de Beaujon, quelques aphthes se déclarèrent, d'après la malade, sur le fond très rouge de la langue, il se développa de petites vésicules comme des têtes d'épingles, qui plus tard se couvrirent d'une petite plaque blanchâtre; elles se guérirent par l'emploi de quelques gargarismes, sans laisser d'ulcérations après elles. La durée en fut de quinze jours.

Après ce léger accident, rétablissement parfait de la santé. Jamais l'allaitement ne fut suspendu.

En novembre 1843, cette femme éprouva un léger mouvement fébrile, du malaise, de l'anorexie, pas de diarrhée, ni de constipation. Elle avait de la céphalalgie; en même temps un bouton se développa dans le sourcil droit, s'ouvrit et donna naissance à une croûte; de jour en jour il s'étala et en même temps la fièvre cessa ainsi que les autres phénomènes généraux.

Dès ce moment l'éruption s'étendit d'abord vers la racine du nez, puis sur la joue gauche. C'était l'origine de la maladie actuelle, de l'impétigo. La malade entra alors dans un hôpital de Paris, où elle séjourna deux mois. On lui fit de nombreux traitemens dont voici l'énumération :

D'abord des cataplasmes émolliens furent appliqués pour faire tomber les croûtes; puis on fit prendre à la malade des bains de sublimé à la dose de 15 grammes, et on lui prescrivait de les prendre très prolongés, de plonger la figure dans le bain et de l'y tenir autant de temps qu'elle le pourrait. En même temps, dans la journée, on lui faisait laver la figure avec de la liqueur de Van-Swiéten pure et tiède. Ce traitement fut continué un mois au moins; loin de diminuer, l'éruption s'étalait, envahissait graduellement toute la face, dont la peau était rouge, tuméfiée, douloureuse. Cessant alors ce premier et infructueux traitement, on cautérisa avec une solution de nitrate d'argent quelques parties du vi-

(1) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, tome I, page 273; tome II, p. 276.

sage, le menton, le sourcil et la joue droite; de plus, on prétendit circonscrire la maladie et l'empêcher de s'étendre au sourcil gauche encore intact, en cautérisant fortement sur les limites du mal avec le nitrate d'argent. Ces cautérisations furent sans effet. La malade croit avoir remarqué, au contraire, que les points qui ont été cautérisés et sur lesquels on a fait le plus d'applications diverses sont ceux qui se guérissent le plus lentement. Ce moyen ayant encore échoué, on appliqua sur toute la figure de l'emplâtre de Cannet; dès le lendemain la peau était encore plus tuméfiée et plus douloureuse; l'emplâtre fut laissé pendant deux jours : la malade ne put le supporter plus long-temps : on en suspendit l'usage; la face était alors dépouillée de croûtes, rouge, suintante, entièrement à vif. On laissa la figure se sécher. Jusque-là il restait encore quelques points intacts : dès ce moment toute la face fut prise; les paupières se couvrirent de pustules, au point de ne pouvoir s'ouvrir; il se déclara une double ophthalmie et la malade ne vit plus que de l'œil gauche. Quand la figure fut un peu guérie, on appliqua sur la moitié droite de la figure, avec un pinceau, du blanc de céruse détrempé dans de l'eau. Cela ne produisit rien; la face continua à suinter.

Après tous ces traitemens infructueux, la malade, voyant son éruption devenue beaucoup plus forte que jamais, voulut absolument sortir de l'hôpital. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que pendant son séjour jamais sa santé ne s'altéra et qu'elle put toujours continuer à allaiter. Le seul effet fâcheux du traitement mis en usage fut, sans parler de l'aggravation de l'éruption, l'établissement d'un écoulement vaginal en blanc, assez abondant, non douloureux, et qui cessa spontanément.

Après sa sortie de l'hôpital, la malade demeura chez elle pendant huit jours, puis elle entra à Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave, salle Napoléon, le 9 janvier 1844, dans l'état suivant :

Toute la face est couverte d'une éruption confluente d'impétigo. Les pustules sont depuis long-temps ouvertes, elles sont, dans tous les points, remplacées par une croûte épaisse, formée d'un liquide séro-purulent concrété; toutes les croûtes sont agglomérées, réunies, de manière que dans aucun point de la face on n'aperçoit la peau saine; en un mot, elles forment un masque complet. Ce masque recouvre surtout les joues et le nez, les paupières, le côté droit du front, le menton et la face antérieure du cou. La couleur des croûtes n'est pas exactement celle des croûtes ordinaires de l'impétigo; celles-ci sont bleuâtres, d'un vert foncé et, dans quelques points, colorées en noir par du sang coagulé; dans d'autres, elles sont ternes et sans transparence. Ces croûtes épaisses de 5 à 6 millimètres au centre de l'éruption vont en diminuant d'épaisseur à mesure qu'elles approchent de ses confins, au-delà desquels on voit encore çà et là quelques plaques peu étendues et quelques pustules isolées.

Le bord libre des lèvres est également couvert par l'éruption. Les paupières en sont encore affectées à un plus haut degré; celles de l'œil droit sont surtout épaissies et œdémateuses; elles sont rapprochées et il est presque impossible de les ouvrir; cependant on y parvient, et alors on voit une conjonctivite et une blépharite très intenses; le reste de l'œil est sain quoique très sensible à la lumière; enfin, toute la face est tuméfiée, surtout du côté droit, et les lèvres sont gonflées.

Du reste, la malade souffre peu, à part la gêne des mouvemens de la face et l'ophthalmie; il n'y a qu'un léger prurit. La santé est bonne et l'allaitement peut être continué. L'enfant se porte bien pendant le séjour de sa mère à l'hôpital, il n'a eu que quelques légères éruptions à la figure et deux ou trois fois du dévoiement. Les symptômes ont aujourd'hui disparu.

10 janvier. La malade a un peu de diarrhée. Prescription : tisane de riz gommé sucré, 4 portions d'alimens solides et 4 de vin. — 12. Collyre émollient pour baigner les yeux et surtout celui du côté droit. — 14. La diarrhée a cessé complétement depuis la veille. M. Cazenave se propose de commencer alors le traitement. Un véritable obstacle gît dans la circonstance de l'allaitement, qui empêche l'emploi de moyens un peu actifs, mais capables de diminuer ou même de tarir la sécrétion du lait; tels sont, par exemple, les purgatifs. En sorte que l'on est obligé de n'employer que des modificateurs qui n'auront pas ces inconvéniens, mais qui, aussi, pourront être peu énergiques. Du reste, M. Cazenave rejette complétement l'emploi des moyens topiques. Prescription : tisane de chicorée (*bis*); une prise de poudre sulfuro-magnésienne; 2 portions d'alimens solides; vin. Recommandation à la malade de ne pas toucher aux croûtes, de ne pas les arracher, de ne pas les mouiller, ni de les entretenir dans un état d'humidité, soit par des cataplasmes, soit par les soins de propreté.

Ce traitement est continué sans interruption depuis le 14 jusqu'au 27 janvier, et aussi sans accident; à cette époque, une diarrhée assez abondante force à le suspendre. Pendant ce temps et dès les premiers jours, la face commence à se détuméfier; le côté droit, qui est le plus malade, restant cependant toujours plus gonflé que l'autre. Vers le huitième jour du traitement, les croûtes commencent à se détacher, surtout à la joue gauche, au front et sur le nez, et au-dessous d'elles on voit de larges surfaces excoriées, rouges, suintantes : après la chute des premières croûtes, il s'en reforme rapidement de nouvelles, mais celles-ci ont bien l'aspect de l'impétigo; ce sont bien celles qui ont valu à cette maladie le nom de mélitagre; elles sont demi-transparentes, jaunes comme du miel, humides; leur épaisseur est moindre que celle des premières. On n'a pas pu voir les pustules qui les ont produites. En général il y a un changement sensible dans l'apparence extérieure de l'éruption. L'œil droit, toujours enflammé, s'ouvre beaucoup mieux.

27. Diarrhée assez forte; toute la figure est suintante, il y a à peine de croûtes (tisane de chiendent; collyre

émollient; 2 portions d'alimens; pas de poudre sulfuro-magnésienne; poudre d'amidon pour saupoudrer les parties suintantes). La diarrhée dure jusqu'au 1er février. Elle a cessé le 2, et le traitement est repris. Pendant que le traitement a été suspendu, la face s'est partout recouverte de croûtes comme à l'entrée de la malade, mais de croûtes moins épaisses; du reste, le visage n'est point aussi tuméfié. L'éruption est restée aussi générale; l'ophthalmie est entièrement guérie. — 5 février. On recommence l'emploi de la poudre sulfuro-magnésienne; collyre émollient. — 5 (Mauve sucrée. Le collyre est supprimé). Depuis que l'on a repris l'usage de la poudre sulfuro-magnésienne, l'éruption a diminué de nouveau avec rapidité. Toutes les croûtes du front, du nez et de la joue gauche sont tombées; il n'en reste plus qu'à la joue droite, au menton et au col. Les surfaces qui ont été mises à nu sont cette fois sèches, recouvertes de croûtes minces et d'écailles comme farineuses. Le réseau superficiel du derme est fort injecté, et il y a une vive rougeur, mais sans excoriation. — 9 février. Diarrhée (On suspend la poudre). Le menton et la joue droite se nettoient à leur tour. Cependant il y reste encore un suintement abondant que la poudre d'amidon ne dessèche pas, et de temps à autre il y a des recrudescences de l'éruption, de nouvelles poussées, mais qui ne sont plus générales; elles se bornent à la joue droite et au menton. — 14 février. Prise de poudre sulfuro-magnésienne donnée de nouveau et sans interruption jusqu'au 1er mars.

A cette époque, il y a une amélioration considérable; il ne reste que trois plaques croûteuses, l'une à la joue droite, l'autre au menton, la troisième au col. Le reste de la face est net, recouvert de petites squames minces, sèches, sur un fond rouge, sans suintement ni pustules. Mais depuis quelque temps les dernières plaques restent sans amélioration. M. Cazenave se propose alors de remplacer la poudre précédente par la solution d'hydro-chlorate de chaux, qui lui réussit contre l'impétigo et l'eczéma impétigineux du cuir chevelu. — En conséquence, le 5 mars, il prescrit : tisane de chiendent avec 50 grammes de sirop de fumeterre; 2 cuillerées d'une solution d'hydrochlorate de chaux (hydrochlorate de chaux, 15 gr.; eau distillée, 500 gr.) — 5 mars. La solution est portée à la dose de 5 cuillerées jusqu'au 7 exclusivement sans amélioration notable. — 7 mars. Dans l'intérêt de sa guérison et en raison de l'âge de l'enfant (20 mois) et de sa bonne constitution, qui permet le sevrage, la malade se décide à sevrer l'enfant comme on le lui a conseillé. L'enfant est emmené hors de l'hôpital, et la mère peut être soumise à un traitement convenable.

La cessation de l'allaitement est pour M. Cazenave une meilleure condition de guérison. La malade va se trouver dès ce moment soustraite à cet état essentiellement lymphatique des femmes nourrices, à cet état dans lequel prédominent surtout les fluides blancs dans l'économie, et sous l'influence duquel naissent si facilement les affections impétigineuses. M. Cazenave se félicite de n'avoir plus à respecter la sécrétion lactée, comme il avait dû le faire précédemment. Il se propose, au contraire, d'employer franchement les purgatifs dans l'intention et d'agir contre l'éruption et d'arrêter cette sécrétion du lait. Mais les purgatifs seront donnés à faible dose, afin de pouvoir être long-temps continués. — 8 mars. En conséquence, on prescrit : tisane de tilleul et d'oranger; un lavement avec 8 gr. de sulfate de soude; 2 bouillons; diète. — 9 mars. Il n'y a pas eu de selles; chiendent nitré; une pilule d'Anderson; un verre d'eau de sedlitz; lavement avec 8 gr. de sulfate de soude. — 10 mars. Selles peu nombreuses et peu abondantes. On supprime le lavement. La sécrétion du lait ne diminue pas : les seins s'engorgent, deviennent durs et douloureux (cataplasmes).

Dans les premiers jours, au lieu de diminuer, l'éruption reprend quelque intensité; la face devient rouge et douloureuse : un prurit insupportable se manifeste au col, et la malade en dormant y porte les mains, arrache les croûtes, s'excorie au point que de larges filets de sang viennent se joindre aux croûtes qui le recouvrent. Cependant le lait diminue graduellement, et les premiers accidens du sevrage se dissipent : une purgation continuelle et douce s'établit, et la face se dégage entièrement. — 25 mars. On est obligé de donner 2 pilules d'Anderson pour obtenir l'effet purgatif; 5 portions d'alimens solides et 2 de vin : l'appétit est devenu très vif sous l'influence des évacuations continuelles. Même traitement jusqu'au 1er avril, époque à laquelle l'éruption a complétement disparu. Les surfaces malades sont actuellement sèches et lisses, avec une légère desquamation sur un fond couleur rose, un peu plus vive que celle qui est naturellement aux joues. Depuis quelques jours la guérison est complète, et il n'y a pas de tendance à la récidive.

La malade sort guérie, le 1er avril 1844.

Devenue enceinte depuis, elle a fait une fausse couche à six mois, en octobre dernier; cette fausse couche a été occasionnée par une perte abondante qui l'avait beaucoup affaiblie : au bout de quinze jours la malade était complétement remise; les lochies ont été assez abondantes et ont duré de huit à dix jours environ. Il n'y a plus eu de perte depuis; ni écoulement blanc. Les seins sont devenus durs et douloureux. La malade a pris un très léger purgatif. Depuis ce temps, les règles ne sont pas revenues.

La malade ne fait pas un état fatigant, et elle ne s'est exposée dans ces derniers temps à aucune cause capable de développer une éruption.

Vers les premiers jours de décembre la malade a ressenti de la pesanteur de tête et même de la céphalalgie, des tintemens dans les oreilles et une légère tuméfaction à la joue; peu de jours après, de petits boutons parurent sur l'extrémité du nez et laissèrent suinter une humeur visqueuse, transparente, qui se transformait rapidement en croûtes flavescentes. La joue droite se recouvrit à son tour de ces boutons rouges et enflammés; la malade se trouva mieux aussitôt que l'éruption fut complète. Aucun traitement ne fut fait.

Louise H.... rentra à Saint-Louis, le 19 décembre 1844, présentant sur la joue droite et le nez une affection sem-

blable à l'éruption observée chez elle au commencement de l'année. Il y a maintenant un peu de gonflement de la face de ce côté, de la céphalalgie la nuit, et quelques phénomènes de congestion cérébrale.

La seule remarque importante à faire, c'est que la malade, au moment où cette éruption s'est faite, se trouvait comme la première fois dans les conditions où il y a prédominance des fluides blancs dans l'économie, et surtout dans des conditions d'anémie, car elle est assez fortement débilitée depuis la perte qui causa sa fausse couche.

L'on sait qu'il n'y a pas de contradiction dans l'existence simultanée d'un état anémique et d'une congestion d'un organe quel qu'il soit. C'est en raison de cette considération que M. Cazenave crut devoir combattre la congestion vers la tête par des moyens antiphlogistiques, peu énergiques, à la vérité, mais suffisans pour le cas actuel.

En effet, le 21, M. Cazenave prescrit quatre sangsues derrière l'oreille droite. Un soulagement immédiat suivit cette application; et les règles survinrent peu après leur application et durèrent pendant deux jours. Les phénomènes de congestion célébrale disparurent complétement. Le 23, tisane de chiendent, réglisse, avec une cuillerée de solution d'hydrochlorate de chaux (hydrochlorate de chaux : 4 gram.; eau distillée : 150 gram.). Les croûtes du nez sont tombées spontanément. Le 25, elles se sont renouvelées en une seule nuit sans occuper cependant une surface plus étendue. Le 30, dans beaucoup de points, les croûtes sont tombées; mais dans d'autres elles se sont renouvelées beaucoup plus épaisses qu'auparavant. L'affection a gagné la lèvre supérieure. Le 8 janvier 1845, la joue n'est plus tuméfiée, le cercle rouge qui entourait les parties malades a disparu. Les croûtes sèches se détachent par places et au-dessous, la peau, un peu rouge et recouverte de squames très minces, paraît saine; elle n'est le siége d'aucun suintement. Prescription : 3 cuillerées de solution d'hydrochlorate de chaux, 2 verres de sedlitz chaque matin.

L'amélioration continue pendant les jours suivans; sur aucun des points dégarnis, l'éruption ne se renouvelle; on n'y voit que des exfoliations minces, peu adhérentes. Le 14, l'œil droit est rouge, larmoyant; les croûtes qui entourent la paupière inférieure sont soulevées par un suintement purulent; elles menacent de tomber. La malade dit avoir été exposée, la veille, à un courant d'air. Des lotions émollientes pour l'œil et des onctions avec du cérat sur les croûtes suffirent pour arrêter, en deux jours, ce léger accident. Nulle autre modification n'étant survenue dans l'aspect général de l'affection, rien ne fut changé quant au traitement. Le 17, les croûtes de la lèvre supérieure sont tombées pendant la nuit, laissant la peau un peu rouge, mais sans excoriation. Le 26, apparaissent au menton deux boutons qui, en s'ouvrant le lendemain, donnent lieu à deux nouvelles croûtes jaunes, demi-transparentes, mais qui se dessèchent et tombent bientôt sans se renouveler. Les surfaces malades, dont la physionomie générale n'a pas changé, sont dans un état de tension et de sécheresse peu ordinaires.

Ainsi diminuée, l'affection resta plusieurs jours stationnaire; parfois la malade éprouvait des élancemens assez vifs dans la joue droite; le soir, un peu de céphalalgie, la sensation d'une chaleur intérieure qui se manifestait par des bouffées irrégulières. L'appétit diminuait beaucoup. Pesanteur à l'épigastre; constipation.

L'éruption cutanée ne subissait aucune modification; néanmoins le 2 février, eu égard à ces troubles, peu intenses à la vérité, M. Cazenave jugea convenable de suspendre la solution d'hydrochlorate de chaux. Prescription : limonade tartrique, pédiluve sinapisé (*bis*), diète. En peu de jours, ces légers accidens se calmèrent. — 14 février. La malade a eu la veille quatre selles liquides précédées de coliques, mais sans fièvre. Tisane de riz gommé, un quart de lavement avec une cuillerée d'amidon et six gouttes de laudanum, cataplasme sur le ventre, deux bouillons. — 16 février. La malade va mieux. Tisane de chiendent réglisse; deux portions d'alimens, deux portions de vin. Deux plaques de la largeur d'un franc, sèches, très adhérentes restent sur la joue qui est un peu tendue, rouge et le siége de quelques élancemens. De temps à autre, on voit apparaître çà et là de petits boutons presque miliaires dont la durée est courte. Les croûtes du nez forment une couche épaisse qui tombe et se renouvelle par plaques semblables. La malade éprouve souvent de la céphalalgie, des lassitudes dans les membres, la région lombaire. Le 28 février les règles survinrent et durèrent un jour seulement; toutefois, la malade se trouva bien soulagée. — 29, coliques, diarrhée sans fièvre. Prescription : tisane de riz gommé; deux quarts de lavement amidonné et laudanisé, diète. Le 6 mars ces accidens étant dissipés, la malade peut prendre deux portions d'alimens. Tisane de mauve sucrée. Quelques croûtes se détachent et ne sont plus renouvelées les jours suivans. La peau de la joue droite reprend un peu de sa souplesse normale; les fonctions digestives s'exécutent avec plus d'activité. L'affection semble devoir se terminer bientôt; aussi rien n'est fait pour hâter la chute des croûtes qui restent encore.

Le 24 mars, la malade demande à sortir de l'hôpital. Deux petites croûtes existent encore, il est vrai, l'une sur la pommette, l'autre sur l'aile droite du nez du côté droit, mais elles sont sèches, mobiles déjà, sur le point de se détacher. Partout ailleurs les tissus ont repris leur souplesse et leur couleur naturelles, en sorte que la guérison peut être considérée comme accomplie.

ECTHYMA.

L'inflammation pustuleuse de la peau présente, vous le savez, deux variétés de forme qui ont fait admettre deux types différens : à l'un se rapportent les pustules psydraciées que nous avons vues déjà caractériser l'impétigo ; à l'autre appartiennent les pustules phlysaciées, qui constituent l'Ecthyma.

L'Ecthyma est donc une inflammation simple de la peau, caractérisée par des pustules phlysaciées, c'est-à-dire largement développées, rondes, discrètes, aplaties, reposant sur une base enflammée, suppurant complétement et donnant lieu à la formation de croûtes verdâtres, auxquelles succèdent des empreintes rouges, quelquefois des cicatricules.

Le mot Ecthyma a été employé presque jusqu'à nos jours, sans avoir de valeur précise, de sens absolu. On trouve dans Hippocrate le terme d'Εκθυματα appliqué à diverses éruptions, de nature évidemment dissemblable; depuis, il paraît avoir servi à désigner d'une manière absolue l'inflammation pustuleuse; aussi fut-il traduit par le terme, non moins vague, de *pustulæ*. Quoi qu'il en soit, le mot εκθυμα vient de εκθυειν, qui veut dire *erumpere, cum impetu ferri*, et quelles qu'aient pu être les diverses acceptions qu'il a subies, il a été enfin employé par Willan et Bateman, et après eux par Biett, dans le sens précis et positif qu'il a aujourd'hui, et avec les caractères que je viens d'énoncer.

Les pathologistes anglais ont cru pouvoir se fonder sur certaines circonstances particulières d'âge, de condition individuelles, pour admettre et décrire plusieurs variétés d'ecthyma. Ainsi, quand il affectait les enfans chétifs et débiles, ils en ont fait l'*ecthyma infantile;* quand, au contraire, il attaquait ou les vieillards, ou les hommes dont la constitution était profondément altérée, c'était l'*ecthyma luridum;* quant à l'*ecthyma cachecticum*, il se traduisait évidemment par plusieurs formes qui n'avaient de commun entre elles que de convenir à certaines circonstances individuelles identiques (1). Il est sans doute indispensable de tenir compte de l'état général du malade, de son âge, de sa constitution, mais ces conditions, pour ainsi dire, accidentelles ne sauraient servir de base à des divisions fixes. J'ai mieux aimé étudier l'ecthyma, sous ses deux aspects principaux, à l'état aigu et à l'état chronique; ce qui est à-la-fois plus facile, plus clair et plus constamment en rapport avec ses diverses expressions.

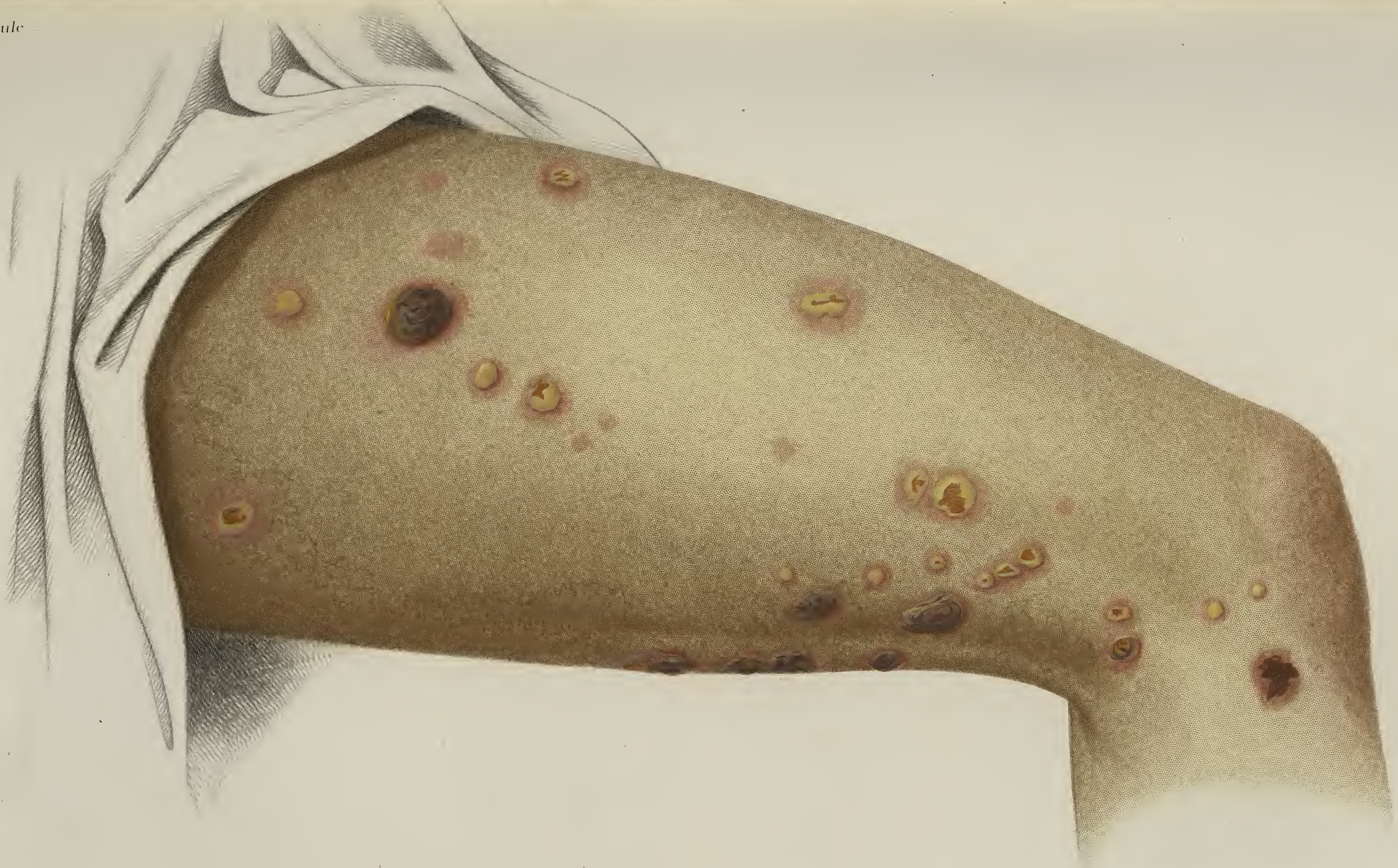
Ecthyma aigu. — Bornée ordinairement à un siége partiel et limité, cette forme est quelquefois annoncée par de légers symptômes généraux, un peu de chaleur à la peau, de la céphalalgie, de la soif; bien qu'il y ait rarement un mouvement de fièvre bien prononcé. Les points, où l'éruption doit se faire, sont, avant l'apparition de tout phénomène local, le siége d'une douleur vive, piquante, accompagnée de cuisson et de brûlure : ces points sont rouges, discrets, d'un volume variable, ordinairement un peu plus larges que le diamètre d'un pois : bientôt ces plaques se soulèvent, s'arrondissent, et sont distendues par un liquide purulent dès le début; elles forment des pustules, qui couvrent complétement les surfaces rouges : chaque pustule suppure dans toute son étendue; on dirait une bulle purulente : la suppuration est très rapide d'ailleurs, et pendant cette période qui dure de quatre à six jours, la douleur locale diminue; il y a un gonflement considérable des points affectés, une sorte de fluxion prononcée, bien que diffuse; quelquefois même on observe un engorgement manifeste des ganglions lymphatiques correspondans. Parvenue à ce point, la pustule, distendue en totalité par du pus, et reposant sur une base circonscrite et enflammée, entre dans la période de dessiccation : le liquide se dessèche en trois ou quatre jours et forme des croûtes brunâtres, épaisses, assez adhérentes; ces croûtes tombent et laissent après elles des taches d'un rouge foncé, qui persistent quelquefois assez long-temps. Telle est la marche ordinaire de l'ecthyma aigu ; il peut d'ailleurs présenter quelques différences sous le rapport de la disposition, de l'évolution pustuleuse, et surtout du siége.

L'éruption se fait le plus souvent par portions, qui apparaissent et se développent successivement; les pustules sont, dans ce cas, ou parfaitement isolées, ou réunies deux par deux, trois par trois, mais en groupes distincts : l'éruption peut aussi se faire d'un seul coup et même alors être confluente. J'ai dit que la pustule suppurait complétement; il peut arriver exceptionnellement que la suppuration ne s'établisse que sur un point, et qu'alors la base de la pustule soit large, d'un rouge vif, et comme indurée. Enfin, l'ecthyma aigu peut, toujours partiel d'ailleurs, se montrer sur des siéges différens; mais il affecte de préférence les épaules, les fesses, le cou, la poitrine et surtout la paume des mains.

L'ecthyma aigu se termine rarement par résolution; dans ce cas les pustules sont remplacées par de légères squames jaunâtres qui couvrent les points pustuleux affaissés : il est plus rarement encore suivi d'exulcérations : en général il dure de un à deux septénaires.

Ecthyma chronique. — Cette forme revêt les mêmes caractères extérieurs que l'ecthyma aigu, c'est-à-dire qu'elle se présente avec des pustules larges, comme bulleuses; mais au lieu de consister dans une éruption, qui, fixée à un point

(1) Encore est-il douteux que Bateman n'ait pas compris sous ce nom une variété de la syphilide pustuleuse?...



E. Bocourt, del.

Visto, sc.

Ecthyma

Bougeard imp.

bien limité, y parcourt toutes ses phases d'accroissement et de décroissement, elle est constituée par une suite d'éruptions partielles et successives, qui envahissant tour-à-tour les différens points de l'enveloppe tégumentaire, peuvent produire un ecthyma général. C'est donc ici une question de temps, plutôt que de forme; aussi n'est-il pas rare de voir cette variété durer des mois entiers.

L'ecthyma chronique peut cependant se présenter avec certains caractères qui semblent lui appartenir plus particulièrement. Ainsi l'éruption consiste quelquefois dans le développement de *boutons*, d'un volume variable, dont le diamètre moyen est celui d'un pois, mais qui au lieu de former une bulle purulente, ne présentent du pus qu'à leur sommet, de sorte que cette suppuration partielle repose sur le reste de la saillie comme sur une base dure, circonscrite et d'un rouge assez vif : ces *boutons* sont toujours bien isolés et ressemblent assez volontiers à de petits furoncles; on comprend qu'ils ne doivent suppurer que d'une manière lente et incomplète : le pus, sortant du sommet de la pustule seulement, forme des croûtes ordinairement assez épaisses, noirâtres, bien adhérentes et qui en tombant, laissent après elles des empreintes brunes, quelquefois des cicatricules.

Dans d'autres cas enfin, et notamment quand l'ecthyma attaque des vieillards, des individus dont la constitution est profondément détériorée par la misère, par les excès, par les maladies, l'éruption présente, même dans son développement individuel, un caractère de chronicité remarquable.... La peau s'enflamme lentement; la pustule se forme avec peine; elle est aplatie et semble gagner en étendue ce qu'elle perd en saillie; l'aréole qui l'entoure est d'une teinte violacée; la suppuration marche avec une lenteur extrême, et elle donne lieu à des croûtes épaisses qui en tombant laissent à nu des ulcères blafards, sanieux, sanguinolens : cette forme qui constitue l'*ecthyma cachecticum* de Willan, affecte de préférence les membres inférieurs, et peut d'ailleurs durer indéfiniment.

Siége. M. Samuel Plumbe faisait siéger l'ecthyma dans les dernières ramifications capillaires : suivant lui, cette affection débutait par une tache pétéchiale qui, stationnaire elle-même, devenait le centre d'une irritation cutanée tendant à réparer les suites de l'altération des vaisseaux : de là l'inflammation et tous ses produits. Biett rejeta cette théorie, se fondant avec raison sur ce que, s'il en était ainsi, on devrait toujours voir le purpura être le point de départ d'une affection pustuleuse. Biett a cherché à établir que l'ecthyma avait, comme la variole, son siége dans les follicules sébacés : il se fondait sur la marche même de la maladie, sur l'existence d'un point central qui lui semblait être le follicule enflammé; enfin sur le développement excentrique de la pustule : on pourrait ajouter à ces caractères l'isolement des pustules et leur forme bien arrondie. Quoi qu'il en soit, il est difficile encore d'établir aujourd'hui d'une manière précise le siége de cette forme pustuleuse.

Causes. L'ecthyma apparaît à tous les âges, et s'il est assez fréquent au déclin de la vie, c'est qu'il rencontre chez les vieillards des conditions particulièrement favorables à son développement : il attaque toutes les constitutions, bien qu'il semble affecter de préférence les personnes à peau brune et sèche : son apparition paraît favorisée par certaines saisons humides; cependant il n'est jamais contagieux. En général, trois grands ordres de causes président au développement de l'ecthyma : les influences externes, certaines conditions hygiéniques générales, la coexistence d'autres maladies.

Les influences externes, ou causes directes, sont facilement appréciables : ainsi l'ecthyma est souvent produit par des frictions faites avec la pommade d'Authenrieth, par l'application d'emplâtres stibiés : je l'ai vu déterminé très fréquemment par des lotions prescrites contre la gale : enfin je l'observe souvent chez des individus, maniant par état des substances pulvérulentes comme le sucre, la chaux, etc., ou des poussières métalliques, comme cela arrive dans la quincaillerie, par exemple.

Les causes hygiéniques de l'ecthyma sont toutes les circonstances qui agissent plus ou moins profondément sur la constitution et qui la détériorent, telles que la malpropreté, la misère, les privations de toutes sortes, l'habitation dans des lieux humides, des fatigues excessives, les veilles trop assidues, les excès de tout genre, les affections morales vives, l'ivrognerie, la débauche, etc. A ces divers titres l'ecthyma est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, en général plus sobre, plus propre et plus tranquille, chez les personnes de classe pauvre que chez les gens du monde, chez les vieillards que chez les adultes. Il n'est cependant pas rare chez ces derniers; on le rencontre même chez les enfans frêles, cacochymes, mal vêtus, mal nourris; mais dans ces cas, il tient aux circonstances détériorantes que je viens de signaler. En résumé, il affecte de préférence les individus affaiblis par l'âge, ou abrutis par l'excès des boissons alcooliques; et c'est alors surtout qu'il se montre avec cette physionomie cachectique dont je vous ai parlé.

Enfin, la co-existence antérieure d'une autre maladie paraît avoir une influence marquée sur le développement de l'ecthyma. Il n'est pas rare de le voir survenir à la suite d'affections éruptives, telles que la scarlatine, la rougeole, et je l'ai observé plusieurs fois après la fièvre typhoïde : l'ecthyma peut compliquer aussi d'autres affections cutanées; parfois même il semble exercer sur elle une certaine influence modificatrice : ainsi, il apparaît au milieu d'éruptions papuleuses, il vient s'ajouter à l'eczéma, à la gale, et dans ce cas, il devient un des élémens de ce qu'Alibert appelait la gale pustuleuse. L'ecthyma peut enfin coïncider ou alterner même avec certains troubles plus ou moins graves de l'économie : Biett nous citait souvent le fait d'un jeune homme qui atteint d'un ecthyma presque confluent, ne le voyait

disparaître que pour être pris d'un asthme convulsif grave, dont il était tourmenté jusqu'à ce que l'éruption fût revenue. J'ai vu plusieurs faits, sinon aussi sérieux, du moins parfaitement analogues.

Diagnostic. Si l'on apprécie bien la forme *phlysaciée* des pustules de l'ecthyma, leur isolement, l'inflammation de leur base, leur suppuration complète, etc., on devra toujours les reconnaître et les distinguer assez facilement. En effet, avec quelle autre forme pourrait-on confondre cette éruption? Est-ce avec l'acne simplex? mais nous verrons que, dans cette dernière, les pustules suppurent très incomplétement, qu'elles sont constamment indurées à leur base, qu'elles ont certains siéges de prédilection, circonstances qui doivent rendre toute erreur impossible. Est-ce avec le sycosis? mais nous allons voir bientôt, en décrivant cette maladie, à quels signes on peut le distinguer de l'ecthyma. est-ce avec l'impétigo que nous connaissons? mais, si disséminée que soit l'éruption psydraciée, elle a toujours une sorte de confluence remarquable; et d'ailleurs nous savons que les pustules sont aplaties, qu'elles donnent lieu à des croûtes molles, qui ne reposent pas sur une base enflammée, ce qui ne permet pas de confondre deux formes, que l'on n'a pas cependant séparées toujours avec assez de soin.

Il faudrait d'ailleurs, à propos du diagnostic, comparer l'ecthyma avec toutes les affections pustuleuses, avec la variole, qui emprunte un cachet spécial à l'ombilication de ses pustules, avec la vaccine qui se fait remarquer par son éruption multiloculaire, et surtout avec la varicelle et la varioloïde, pour lesquelles l'erreur serait plus facile, si l'on ne se rappelait leur caractère de généralité, leur marche, leur mode de développement.

On a voulu établir une sorte d'identité entre l'ecthyma et le rupia, et pour cela on se fondait sur la forme quasi-bulleuse de l'affection ecthymoïde; mais si cette analogie existe parfois réellement, c'est le seul point de ressemblance qui existe entre ces deux formes, si différentes d'ailleurs. Si bulleuse que soit la pustule de l'ecthyma, elle est toujours, et dès le début, une collection purulente, tandis que dans le rupia la bulle est quelquefois séreuse, quelquefois séro-purulente, sanguinolente même dans quelques cas : les croûtes épaisses de la première n'ont pas la forme conique de la seconde; enfin, si les deux maladies semblent dépendre des mêmes causes générales et constitutionnelles, il est toujours facile de les séparer, en comparant leur forme primitive et les phénomènes qui sont propres à chacune de ces affections.

Il peut être difficile, dans certains cas, de séparer l'ecthyma simple de l'ecthyma syphilitique; ici le diagnostic est basé surtout sur les caractères de l'éruption spéciale, sur l'aréole cuivrée qui entoure la pustule, sur la plus grande sécheresse, l'adhérence plus marquée des croûtes, sur l'ulcération caractéristique qui leur succède, enfin, sur les antécédens du malade, sur les symptômes concomitans.

Pronostic. C'est dans l'histoire des causes de l'ecthyma, qu'il faut chercher la raison du plus ou moins de gravité de cette maladie : c'est surtout quand il affecte des vieillards cacochymes, des individus affaiblis par la misère, par les excès, etc., c'est alors, dis-je, que l'ecthyma peut présenter un caractère sérieux, qui appartient tout entier à l'état général de l'économie.

Traitement. A l'état aigu, l'ecthyma constitue presque toujours une affection légère; il ne réclame aussi qu'un traitement très simple en général : des bains locaux émolliens, des boissons acidulées, quelques légers laxatifs, des bains simples, de légères émissions sanguines, quand le sujet est jeune et vigoureux, à la fin, quelques bains alcalins, tels sont les moyens qui réussissent dans tous les cas.

Mais à l'état chronique, et alors que l'ecthyma affecte des individus dont la constitution est plus ou moins profondément détériorée, c'est à d'autres moyens qu'il faut alors avoir recours. Avant tout et autant qu'il est possible, il importe d'enlever le malade aux influences qui affaiblissent son économie, de le soumettre à des conditions hygiéniques meilleures, à un repos bienfaisant, à une alimentation fortifiante, à des soins de propreté bien entendus, d'ajouter à ces moyens l'emploi des amers, des ferrugineux, de boissons vineuses. On conseillera des bains dans lesquels on ajoutera cinq cents grammes de gélatine, et deux cent cinquante grammes de sous-carbonate de potasse ou d'hydrochlorate de soude; on enverra, si cela est possible, le malade aux bains de mer, qui sont alors souvent très utiles. Localement on aura recours à quelques topiques, mais en général on évitera l'emploi des émolliens et notamment des cataplasmes. Pour activer la cicatrisation des plaques exulcérées, qui succèdent aux croûtes, on pourra quelquefois avoir recours à des cautérisations légères avec le nitrate d'argent, ou à des lotions détersives avec un liquide soit aromatique, soit acidulé avec quelques gouttes d'acide hydrochlorique.

Il est inutile d'ajouter qu'en tout cas il faut combattre énergiquement les maladies avec laquelle l'ecthyma semble alterner ou coïncider; qu'il faut enfin tenir le malade à un régime sévère et approprié.



Sycosis.

Bougeard imp.

SYCOSIS.

Le Sycosis fait partie de la classe des maladies à pustules psydraciées; mais par sa nature, par sa forme, par son histoire enfin, il constitue une maladie vraiment à part, qui appelle et mérite tout l'intérêt du praticien et du savant.

Si vous savez que ce qui constitue pour nous le sycosis, est la maladie que l'on appelle encore aujourd'hui la Mentagre, ce nom doit vous rappeler une de ces affections calamiteuses que l'on trouve çà et là décrites dans l'antiquité. En effet, Pline le naturaliste parle (1) d'une maladie nouvelle qui aurait régné de son temps à Rome, et qu'il appela *Mentagra*, parce qu'elle débutait ordinairement au menton; mais si l'on veut comparer cette forme à ce que nous savons du sycosis ou de la mentagre moderne, on éprouve tout d'abord un grand embarras, puisque, à vrai dire, l'auteur romain n'a laissé de l'affection qu'il signalait qu'une description au moins très incomplète. Il la rapporte au genre Lichen, Λειχηνες, terme par lequel les auteurs grecs spécifiaient une maladie particulière décrite par Hippocrate, au III[e] Livre des *Épidémies :* mais cette circonstance ne peut que devenir une cause d'obscurité. En effet, outre que la définition du mot *Lichen* est loin d'être précise, puisqu'il s'appliquait indistinctement tantôt à une forme papuleuse, tantôt à une éruption pustuleuse, si l'on s'en tient à la description d'Hippocrate, on ne peut guère trouver d'analogie entre le sycosis et les λειχηνες, car le père de la médecine parle d'abcès monstrueux, d'ulcérations graves, de suppurations mortelles, toutes choses inconnues dans la première de ces deux maladies. Ce que Pline a dit par lui-même de la mentagre ne peut que séparer davantage deux formes déjà si différentes. En effet, il dit que la maladie pouvait envahir le cou, l'estomac et les mains, en couvrant la peau de furfures dégoûtans (*fœdo cutis furfure*) : or, aucun de ces caractères d'aspect et de siége ne peut convenir à la mentagre moderne. Si l'auteur romain a été très peu explicite au point de vue de la description, il l'a été davantage pour le pronostic, qui semble avoir présenté une gravité remarquable : cependant ce pronostic si fâcheux s'amoindrit singulièrement par ce qu'ajoute Pline des désordres que causait la thérapeutique de son temps. En effet, des charlatans venus d'Égypte n'hésitaient pas à combattre la mentagre par la cautérisation, pratiquée sans doute très énergiquement, et Pline faisait de son temps le procès (2) à une médication qu'il serait sans doute très étonné d'avoir à combattre aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, la mentagre aurait régné épidémiquement à Rome, sous l'empire de Claude; elle aurait été essentiellement contagieuse, puisque c'est à ce mode de transmission que Pline attribuait son introduction à Rome. En effet, cette maladie aurait été, selon les historiens du temps, apportée d'Asie par un chevalier, et elle se serait répandue à Rome surtout par le baiser, mode de salut alors généralement en usage ; mais ce qui semble très étrange, c'est qu'elle aurait épargné non-seulement les esclaves et le bas peuple, mais même les individus de la classe moyenne.

Après Pline, Martial (5) signala le mentagre, parla de ses pustules brillantes, etc., mais sans indiquer aucun caractère précis; enfin quelques siècles plus tard, quand l'Europe était ravagée en 1492, par cette fameuse épidémie dont on a fait la syphilis, quelques auteurs contemporains crurent retrouver dans le fléau du moyen âge le type contagieux signalé par le naturaliste ancien, et ils en refirent la mentagre, avec cette incohérence de plus, que cette maladie aurait affecté surtout les organes génitaux. Grunbeck, de Brackenau et Champier, ont été d'ailleurs beaucoup plus explicites que Pline dans leurs descriptions ; mais il est permis de croire que leur mentagre ne ressemblait pas plus à celle de l'auteur romain que celle-ci ne présentait le moindre rapport avec l'épidémie de *Lichen,* décrite par Hippocrate. On pourrait plutôt trouver quelque analogie entre cette dernière forme et la maladie dont parlaient les observateurs du moyen âge; car il est, dans l'une et dans l'autre, question d'ulcérations hideuses, de suppurations mortelles, etc.; mais, en résumé, la mentagre, telle que nous la trouvons signalée dans les anciens, était évidemment une maladie bien distincte de celle que nous connaissons sous le même nom, et mieux sous celui de sycosis. Il est probable que sous le nom de *Mentagre*, on a, à diverses époques, décrit des affections qui n'avaient de commun entre elles que le siége particulier qu'elles affectaient, et c'est le cas de remarquer combien cette dénomination est peu heureuse, puisqu'elle a même perdu aujourd'hui la valeur qu'elle pouvait présenter comme indication locale. En effet, la mentagre, telle que nous l'entendons, peut ne pas affecter le menton, et se présenter exclusivement soit aux joues, soit même à la lèvre supérieure, et c'est à raison de ces circonstances qu'on a cru devoir lui donner un nom nouveau, emprunté à une forme particulière que peut prendre la maladie, c'est-à-dire le nom de sycosis : celui-ci vient de Συκον, qui veut dire figue, et semble justifié jusqu'à un certain point par la ressemblance que peuvent avoir, dans certains cas, avec ce fruit, les tubercules aplatis et irréguliers de la mentagre moderne. Il est impossible de ne pas reconnaître cependant

(1) *Hist. mundi*, lib. XXVI : *De morbis novis.*

(2) *Fœdiore multorum, qui perpeti medicinam toleraverant, cicatrice, quam morbo....* Loc. cit., c. III.

(3) *Pustulæque lucentes....* Lib. XI, *Epist. ad Bassum.*

combien ce terme de sycosis est lui-même défectueux, puisqu'il ne caractérise qu'une des faces de la maladie, qu'il ne s'adresse qu'à un état secondaire, qui n'existe pas de toute nécessité, qui manque dans un certain nombre de cas.

L'histoire du sycosis ne présente pas seule des points obscurs et litigieux : de nos jours, et abstraction faite des maladies décrites par les anciens, on a discuté sur la forme même de cette éruption. Ainsi, se fondant sur la fréquence de l'état tuberculeux du sycosis, quelques auteurs ont cru devoir le ranger parmi les affections qui ont des tubercules pour lésion élémentaire : c'est une erreur dont l'observation a fait justice. S'il est vrai que la pustule du sycosis est toujours, pour ainsi dire, incomplète, qu'elle passe ordinairement très vite, il n'en est pas moins vrai que la maladie débute toujours par des pustules, facilement appréciables avec un peu d'attention, qu'elles suppurent, et donnent lieu à de petites croûtes, qui ont, comme nous allons le voir, un caractère particulier et distinctif. Ces circonstances bien établies ne permettent pas de classer le sycosis autre part que parmi les affections pustuleuses, et si cette rectification a pour nous moins d'importance qu'alors qu'il s'agissait des bases d'une bonne classification, elle a cependant encore une grande valeur, au point de vue du diagnostic.

Par suite d'une erreur d'observation, on a cru trouver une analogie de siége entre le sycosis et l'acné, et ainsi on a été amené à conclure que la première de ces maladies n'était qu'une variété de la seconde. Cette opinion était basée sur ce que, pour certains auteurs, ces deux formes, si différentes comme nous le verrons, appartenaient à deux affections folliculeuses. On convenait bien que l'acné siégeait dans le follicule sébacé, le sycosis dans le follicule pileux, mais on ajoutait que là où l'un de ces follicules se trouve, l'autre existe nécessairement aussi, et l'on en concluait que les deux éruptions étaient identiques quant à leur nature. D'abord le siége est loin d'être le même, puisque le sycosis est une affection du tube pilifère, de cette gaîne dans laquelle le poil est enfermé jusqu'à sa sortie, tandis que, comme j'aurai occasion de vous le dire, l'acné est une lésion de sécrétion de la matière sébacée; ensuite, il n'y a aucune analogie à établir entre les croûtes et les engorgemens du sycosis, et l'hypersécrétion si caractéristique de l'acné.

Le sycosis est donc une maladie à part, sans analogie probable avec les affections dont l'histoire nous a transmis les tristes tableaux, et correspondant à la *dartre pustuleuse mentagre*, au *varus mentagra* d'Alibert. Elle est caractérisée par des éruptions successives de petites pustules acuminées, assez semblables d'ailleurs à celles de l'acné, disséminées sur le menton, sur les régions sous-maxillaires, sur les parties latérales du visage, et suivies quelquefois d'indurations tuberculeuses, de véritables nodosités, résultat de l'inflammation du tissu cellulaire ambiant, et pouvant être assez considérable pour déformer les traits et imprimer à la face un aspect quelquefois repoussant.

Symptômes. La marche du sycosis offre des circonstances vraiment remarquables. Ainsi, il existe rarement à l'état aigu; ou alors il constitue une affection très légère qui passe complétement en sept ou huit jours : le plus souvent il se présente à l'état chronique, et avec des caractères que l'on pourrait appeler insidieux, mais qui doivent en tout cas, fixer l'attention du praticien. Le sycosis est annoncé long-temps à l'avance par des éruptions insignifiantes de petits *boutons*, qui passent inaperçus, qui reviennent à des intervalles variables, siégeant soit au menton, soit à la lèvre supérieure. A mesure que ces éruptions deviennent plus fréquentes, elles prennent un caractère de plus en plus tranché. Elles sont constituées bientôt par de véritables pustules, acuminées, discrètes, mais accompagnées déjà d'un sentiment de douleur, qui éveille l'attention du malade; ces pustules passent assez rapidement d'ailleurs, elles durent trois ou quatre jours et sont remplacées par de petites croûtes, qui tombent sans laisser de traces. De nouvelles pustules apparaissent, suivent la même marche, jusqu'à ce qu'enfin l'éruption prenne une certaine confluence en même temps qu'elle augmente d'intensité : alors plusieurs pustules sont agglomérées, et leur développement a été précédé d'une rougeur assez vive, de chaleur et même de tension pénible aux points affectés. On peut alors apprécier déjà à leur base une sorte d'induration, qui finit par constituer de petites tumeurs saillantes, plus ou moins volumineuses, et traversées au centre par un cheveu. Ce sont ces tumeurs, qui ont fait croire à la nature tuberculeuse du sycosis, mais il est évident qu'elles ne sont ici qu'un symptôme secondaire, dû à la persistance et au progrès de la phlegmasie. Les pustules durent de six à huit jours, et elles donnent lieu à des croûtes brunâtres, épaisses, assez dures, qui tombent sans se renouveler par suintement, comme cela arrive dans l'impétigo. Chaque éruption a ainsi une durée individuelle de dix à quinze jours. La maladie est entretenue par des éruptions successives, et après chacune d'elles, l'inflammation a gagné plus profondément, annonçant ses progrès par l'augmentation des tubercules, qui trahissent une affection du tissu cellulaire ambiant. En même temps que les poils sont parsemés de débris de croûtes, pendantes çà et là, et attestant la persistance des pustules, les indurations qui les accompagnent s'étendent, forment de véritables nodosités, quelquefois rouges et luisantes, au point d'imiter des cerises, dans certains cas, assez confluentes pour déformer la face bouleversée par ces bosselures, et pour lui imprimer un aspect vraiment repoussant.

L'inflammation peut s'étendre plus loin encore, gagner la capsule pilifère, affecter le bulbe et provoquer la chute des poils; c'est alors que le sycosis se complique de véritables abcès, et que très souvent il est entremêlé çà et là d'une éruption impétigineuse qui quelquefois masque et fait méconnaître la maladie.

Durée. La durée du sycosis est très variable. Entretenu par des écarts de régime, résistant à tous les moyens

employés pour le combattre, il persiste quelquefois pendant un temps indéfini. Dans tous les cas, il est très opiniâtre et dure très long-temps. Quand la résolution s'opère, soit naturellement, ce qui est rare, soit sous l'influence d'un traitement rationnel, les tubercules diminuent peu-à-peu de volume; les croûtes tombent plus facilement, les pustules sont plus rares, moins enflammées, moins douloureuses : enfin tout disparaît; mais quand la maladie a duré long-temps, elle laisse souvent après elle une légère exfoliation épidermique.

Siége. Nous avons dit que le sycosis ne siége pas exclusivement au menton, mais qu'il s'y présente le plus souvent occupant tantôt un point, tantôt un autre. Il existe assez fréquemment aussi sur l'une ou l'autre des parties latérales de la face; on le rencontre enfin à la lèvre supérieure, où il peut être constitué par un seul petit groupe pustuleux, qui fixé juste au centre de la lèvre, à son point d'insertion avec la cloison, y suit toutes ses phases et y persiste souvent avec une opiniâtreté désespérante : le sycosis affecte rarement tous ces points à-la-fois.

Quant au siége anatomique du sycosis, nous savons déjà combien il importe de le connaître : nous savons aussi que cette maladie est une inflammation de la gaîne pilifère, de ce conduit qui accompagne le poil jusqu'à sa sortie; ce qui peut facilement faire comprendre comment le sycosis affecte plus particulièrement l'homme, en exceptant l'enfance et la vieillesse; et comment surtout, la phlegmasie descendant le long de cette gaîne, jusqu'au tissu cellulaire détermine les engorgemens tuberculeux si remarquables à un certain état de l'éruption.

Causes. L'étiologie du sycosis présente un intérêt véritable. Les causes qui peuvent produire cette maladie doivent être divisées en prédisposantes et en déterminantes. Les premières tiennent tout d'abord au sexe, puisqu'à raison du siége de l'éruption elle ne peut exister que chez l'homme, à une certaine épaisseur ou dureté de la barbe, à la prédominance du tempérament bilioso-sanguin, enfin, et surtout à une disposition, spéciale pour ainsi dire, qui fait que certains individus sont éminemment propres à être affectés du sycosis, circonstance qui explique dans certains cas la persistance de l'affection et la facilité des récidives. Les secondes comprennent toutes les influences accidentelles qui, la cause première étant donnée, déterminent le développement du sycosis : ce sont les excès de boissons, la malpropreté habituelle, l'exposition à un feu ardent, comme cela arrive pour les cuisiniers, pour les fondeurs, etc., par contre, l'influence du froid, l'existence antérieure d'un coryza, enfin le feu du rasoir qui a évidemment une action marquée sur le développement de cette éruption.

Mais cette maladie est-elle contagieuse? nous n'avons plus à nous occuper de l'opinion des anciens à ce sujet; mais nous bornant à ce que l'expérience et l'observation nous ont appris, nous pouvons sans doute, ni crainte répondre par la négative. On a dans ces derniers temps signalé un fait, qui, recueilli dans un hospice d'aliénés, semblerait établir le caractère contagieux du sycosis : ce fait se rapporte-t-il bien exactement au sycosis? n'y avait-il pas dans l'espèce des circonstances méconnues qui pouvaient expliquer l'apparence de contagion? Je ne veux ni ne puis me prononcer sur ces points; mais ce qu'il m'est donné d'affirmer, c'est que depuis vingt-cinq ans d'études à l'hôpital Saint-Louis, je n'ai jamais vu un seul cas, même douteux, qui pût faire croire à la contagion possible du sycosis.

Diagnostic. En général assez facile, le diagnostic du sycosis peut dans quelques cas présenter des difficultés réelles, surtout quand la maladie est compliquée, et jusqu'à un certain point, masquée par un impétigo. Dans ces cas, il peut être prudent d'attendre, si l'on a quelque doute, car on ne tarderait pas à reconnaître et à définir les caractères vrais de l'éruption principale. Quant à l'erreur qui ferait prendre un impétigo figurata pour un sycosis, elle ne sera guère possible, si l'on se rappelle que le premier est constitué par des pustules aplaties, à peine saillantes, toujours agglomérées, que remplacent de bonne heure des croûtes larges, épaisses, humides et d'un jaune ambré, tandis que le second se présente avec des pustules acuminées, élevées, discrètes, qui durent six à sept jours et donnent lieu à des croûtes sèches, d'un brun foncé; si l'on n'oublie pas surtout que le sycosis offre des indurations tuberculeuses qui n'existent jamais dans l'impétigo. Il est important que le praticien se pénètre bien de ces élémens de diagnostic, parce que la préoccupation du siége peut souvent devenir une cause d'erreur, surtout, par exemple, quand l'impétigo se présente en forme de moustaches et siégeexc lusivement à la lèvre supérieure.

Peut-on confondre le sycosis avec l'acné? Mais dans cette dernière, les pustules, superficielles, très enflammées, suppurent encore plus incomplétement : elles sont suivies d'indurations peu étendues; enfin, l'éruption est surtout remarquable par l'aspect huileux des points affectés, résultat de l'hypersécrétion sébacée qui la caractérise : ces circonstances suffisent, pour la séparer complétement d'une forme avec laquelle cependant on a voulu la confondre.

On pourrait prendre les pustules du sycosis pour des pustules syphilitiques; mais celles-ci se développent sans chaleur ni douleur; elles durent plus long-temps encore; elles sont aplaties, d'un rouge cuivré. Dans quelques cas enfin, les indurations secondaires du sycosis pourraient, à raison du siége même, en imposer pour les tubercules de la syphilis : mais ceux-ci sont luisans, durs, cuivrés, superficiels, ronds ou ovalaires, peu saillans; ils s'ulcèrent et donnent lieu à des croûtes et à des cicatrices caractéristiques : enfin ils sont presque toujours accompagnés de symptômes spéciaux : si l'on rapproche ces caractères de ceux qui appartiennent au sycosis, l'erreur n'est plus possible.

Pronostic. Le sycosis n'est jamais une affection grave par elle-même : elle entraîne rarement la chute des poils; elle ne laisse pas de cicatrices : mais elle présente souvent une opiniâtreté désolante, et cette circonstance doit rendre très réservé sur le pronostic. Il faut, en général, ne pas se hâter de promettre une guérison qui peut se faire long-temps attendre, et se tenir bien en garde contre les recrudescences et les récidives.

Traitement. Le traitement du sycosis peut, dans un grand nombre de cas, présenter de véritables difficultés; il acquiert d'ailleurs, à raison de l'opiniâtreté de la maladie, une véritable importance dans la thérapeutique des affections de la peau. Si le sycosis existe à l'état aigu, on appliquera quelques sangsues derrière les oreilles; on aura recours aux cataplasmes émolliens, sur lesquels on insistera pendant quinze jours ou trois semaines, et dont l'effet sera secondé par des lotions émollientes, par des bains dans lesquels on ajoutera de l'amidon, de la gélatine ou du son. A l'intérieur, on administrera quelques légers laxatifs; mais, je le répète, il faudra prolonger le plus long-temps possible l'emploi de ces moyens.

S'il existe à l'état chronique, le sycosis devra être combattu encore par les émolliens, auxquels il faut s'en tenir, tant que persiste l'inflammation. C'est alors qu'il faut surveiller le régime, éloigner les causes qui peuvent entretenir ou exaspérer l'éruption, proscrire tout excès, faire discontinuer la profession, si cela est nécessaire, mais surtout interdire l'usage du rasoir : le malade devra se couper la barbe avec des ciseaux. Quand tout symptôme de phlegmasie a disparu, on a alors recours à l'emploi des moyens résolutifs. Ils consistent d'abord dans les douches alcalines en arrosoir, surtout dans les douches de vapeur aqueuse, dirigées sur les points malades, à la température de 50 à 52° Réaumur au plus, et d'une durée de dix minutes à un quart d'heure. Ces douches suffisent quelquefois pour amener la résolution des tubercules du sycosis : dans quelques cas, au contraire, elles sont insuffisantes, et il faut avoir recours à des topiques actifs : c'est alors que j'emploie avec succès les pommades avec le proto-chlorure de mercure, l'iodure de soufre à la dose de 1 à 2 grammes pour 20 grammes d'axonge; mais j'ai surtout recours avec avantage à des lotions alcalines, faites matin et soir, avec la solution suivante : sous-carbonate de potasse, 2 grammes; eau distillée, 500 grammes. Mais il faut bien se rappeler que les topiques résolutifs ne sont indiqués que quand il n'existe pas d'inflammation; qu'ainsi ils seraient au moins inutiles au début du traitement. Ceci me conduit à parler d'une indication importante que le praticien ne doit jamais perdre de vue dans ce point difficile de thérapeutique. Il arrive souvent que le sycosis, sous l'influence d'un écart de régime, par exemple, revient subitement à l'état inflammatoire; il faut que le médecin, attentif à ces évolutions soudaines et toujours imprévues, revienne alors à l'emploi des émolliens, et qu'il suspende absolument la méthode résolutive. C'est faute de ne pas surveiller ces exacerbations trop souvent méconnues, que l'on ajoute à l'intensité du mal, par l'emploi de moyens mal-à-propos continués, et que souvent le sycosis a été regardé comme incurable. Il faut donc savoir à propos insister sur les moyens antiphlogistiques, quitter et reprendre les moyens résolutifs, car c'est sur la combinaison bien entendue de ces deux modes de traitement que doit reposer toute l'espérance du succès.

A l'intérieur, on administrera quelques laxatifs, le calomel, les sulfates de potasse et de soude, la magnésie; j'ai souvent conseillé avec succès, suivant les indications, l'eau de Vichy, les toniques amers, les sudorifiques.

L'opiniâtreté du sycosis a dû nécessairement solliciter l'emploi de moyens empiriques perturbateurs, si je puis dire ainsi. En effet, on a préconisé certains emplâtres, qui sont au moins inutiles, et qui appliqués sans discernement, ont dû produire des effets véritablement fâcheux. Alibert employait la cautérisation; mais, outre que cette méthode avait l'inconvénient presque inévitable de raviver ou d'exaspérer l'état inflammatoire, on doit la rejeter, suivant moi, parce que si la cautérisation n'est que superficielle, elle est, à raison du siége du sycosis, inutile; parce que si elle est assez profonde pour atteindre le mal, elle devient plus grave que le sycosis lui-même.

Quant aux vésicatoires, ils sont généralement inutiles; s'ils semblaient indiqués dans quelques cas, ce serait pour modifier la vitalité des tissus; mais alors ils ne devraient être appliqués qu'en petit nombre et avec une grande réserve.

DEUXIÈME GENRE.

ÉRUPTIONS NON SPÉCIFIQUES EXISTANT TOUJOURS A L'ÉTAT CHRONIQUE.

Jusqu'à présent, nous nous sommes occupés des maladies de la peau, qui, développées sans influence spéciale, peuvent exister, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique : nous avons vu qu'elles pouvaient être aussi bien l'effet d'une cause extérieure directe, que le retentissement d'un état morbide interne plus ou moins profond : nous allons maintenant aborder l'histoire d'inflammations simples encore, mais qui ne se présentent jamais à l'état aigu, qui ne sont jamais le résultat d'une cause extérieure accidentelle. Expression à la peau d'un état général, soit inné, soit acquis, les maladies du deuxième genre sont évidemment liées à l'organisme entier : ce sont des affections constitutionnelles, *totius substantiæ,* comme disaient les anciens. Elles peuvent être déterminées par un état de détérioration profonde, comme le *Rupia ;* elles peuvent se transmettre par hérédité, et accuser un état inné et comme spécial de la peau, sous l'influence duquel se manifestent le *Psoriasis* et la *Lèpre,* ces maladies étranges, inexplicables, qui seules pourraient conserver le nom de *Dartres,* moins l'idée d'un principe particulier que l'on y a si long-temps attachée. A ce genre appartiennent encore le *Pytiriasis,* variété plus légère des éruptions squameuses, et la *Pellagre,* maladie dont la nature est encore inconnue, et que j'ai laissée à côté de ces affections, en attendant qu'une étude plus approfondie m'ait permis de lui assigner sa véritable place.

Toutes ces maladies ont pour caractère principal de ne se présenter qu'à l'état chronique.

RUPIA.

Résultat d'une détérioration plus ou moins profonde de l'économie, le Rupia, de ῥύπος, *sordes,* est caractérisé par des *Bulles* ordinairement assez volumineuses, distendues par un liquide séreux ou séro-sanguinolent, et suivies d'abord de croûtes particulières, plus épaisses au centre qu'à la circonférence, recouvrant des ulcérations superficielles. Il peut se présenter à divers états et constituer ainsi des variétés dont l'étude ne manque pas d'intérêt.

Symptômes. Dans quelques cas, et sans inflammation préalable, sans prodromes, on voit apparaître des bulles ordinairement assez petites, rondes, mais aplaties, ne dépassant jamais le volume d'une pièce d'un franc, et distendues mollement par un liquide séreux qui ne tarde pas à se troubler et à s'épaissir. Les bulles deviennent flasques, s'affaissent, se dessèchent, et alors la maladie peut se terminer par résolution. Mais cela est très rare ; le plus souvent les bulles se transforment en croûtes rugueuses, brunâtres, plus épaisses au centre qu'à la circonférence, caractère qui appartient, comme nous le verrons, à toutes les variétés du Rupia. Ces croûtes tombent et laissent après elles des ulcérations très superficielles, qui se cicatrisent facilement; il peut alors se reformer de nouvelles bulles qui suivent la même marche, mais sans que la maladie dure plus de deux à trois semaines. Il ne reste plus à cette époque que des empreintes livides qui persistent quelquefois assez long-temps. C'est cette forme que Willan appelait *Rupia simplex ;* c'est celle aussi qui se rapproche le plus de l'Ecthyma, avec lequel on a voulu, à tort, confondre le rupia en général.

Souvent plus grave et plus intense, le rupia débute par des inflammations circonscrites, auxquelles succède l'éruption bulleuse, qui peut alors se développer assez rapidement. Les bulles renferment une sérosité citrine, quelquefois un liquide noirâtre plus ou moins épais. La maladie peut encore, mais très rarement, se terminer par résolution ; plus souvent il se forme des croûtes proéminentes reposant sur une base enflammée. L'aréole érythémateuse qui entoure chaque croûte s'étend, se recouvre incessamment de croûtes nouvelles, qui s'ajoutent ainsi à l'ancienne en la soulevant par étages : par suite de ces additions successives, les croûtes acquièrent un volume et une étendue considérables, et il peut arriver deux choses : où, le phénomène de superposition demeurant distinct, la croûte a plus gagné en largeur qu'en saillie, et alors elle ressemble très bien à une coquille d'huître; ou au contraire elle a plus gagné en épaisseur qu'en étendue, et alors elle peut se comparer à ces coquillages univalves qui s'attachent aux rochers et que l'on nomme *patelles.* Ces croûtes ordinairement sèches, dures, noirâtres, assez adhérentes, peuvent rester long-temps stationnaires. Quand elles tombent, soit d'elles-mêmes, soit sous l'influence de moyens appropriés, elles laissent à découvert des ulcérations d'autant plus profondes que les croûtes ont séjourné plus long-temps : ces ulcères peuvent se recouvrir de croûtes nouvelles, ou persister avec leurs caractères propres. Ils sont blafards, saignans, étendus, très opiniâtres en général, surtout quand le malade reste soumis aux causes débilitantes qui ont produit la maladie.

Quand enfin la cicatrisation est opérée, elle laisse aux points affectés des taches purpurines qui ne passent qu'au bout d'un temps ordinairement assez long. Tels sont les caractères qui constituent le *Rupia proeminens* de Willan, dénomination qui rend parfaitement la forme particulière des croûtes.

Enfin, on a décrit sous le nom de *Rupia escharotica* une maladie qui semblerait ne pas devoir appartenir à cette forme, puisqu'elle manque, comme nous allons le voir, d'un caractère essentiel. Cependant nous devons la maintenir ici, parce que la lésion élémentaire qui la caractérise ne peut appartenir qu'au rupia. On voit quelquefois chez les très jeunes enfans, c'est-à-dire depuis le premier jour de la naissance jusqu'à la première dentition, apparaître des taches livides, proéminentes, qui ne tardent pas à se changer en soulèvemens bulleux peu considérables, d'abord distendus par un liquide séreux. Ces bulles augmentent en volume, elles deviennent larges, aplaties, irrégulières; elles sont alors pleines d'un liquide noirâtre, et entourées d'une aréole violacée. Quand elles se rompent, elles ne forment plus ces croûtes noirâtres, coniques, que nous sommes habitués à voir dans le rupia : elles laissent à nu des ulcères larges, assez profonds, que recouvre une suppuration fétide. Il se forme ainsi de nouvelles bulles, qui suivent la même marche, et sont suivies des mêmes résultats. L'enfant est tourmenté par de vives douleurs; il a quelquefois de la fièvre, de l'insomnie; et si la maladie tend à s'accroître indéfiniment, la maladie devient rapidement mortelle. Cette terminaison fatale n'est heureusement pas la règle; mais, dans tous les cas, l'éruption persiste long-temps, et ce n'est qu'a grand'-peine que l'on obtient une cicatrisation complète. Cette forme constitue la maladie que quelques auteurs ont décrite sous le nom de *Pemphigus gangrenosus*.

Siége et Causes. On peut rencontrer le rupia sur tous les points du corps; cependant il affecte de préférence les membres inférieurs, les lombes et les fesses. Quant au *rupia escharotica*, il siége surtout au cou, à la poitrine, à l'abdomen, au scrotum.

La définition que nous avons donnée du rupia, doit avoir fait comprendre quelles peuvent être les causes de cette maladie; vous savez qu'elle se développera chez les individus mal nourris, mal vêtus, plongés dans la misère et dans la malpropreté, en proie aux privations de toute espèce, habitant des lieux humides et malsains, chez ceux qui s'adonnent aux excès de tout genre, surtout aux excès de boisson; qu'elle attaquera enfin les personnes dont la constitution est plus ou moins profondément détériorée : ainsi on la signalera chez les vieillards, chez les jeunes gens à la suite de maladies graves, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole : en un mot, la cause constante du rupia paraît être un état cachectique quelconque, résultat d'influences profondément débilitantes.

Diagnostic. Il est peu de maladies avec lesquelles on pourrait confondre le rupia, et cependant le diagnostic n'est pas toujours exempt de difficultés. Ainsi, à l'état bulleux, on pourrait le prendre pour un *pemphigus :* mais cette erreur sera facilement évitée, si l'on se rappelle que les bulles de ce dernier sont toujours pleines d'un liquide séreux et transparent, qu'elles sont plus consistantes, qu'enfin elles ne donnent jamais lieu aux croûtes caractéristiques et aux ulcérations du rupia.

On pourrait, bien plus facilement, confondre le rupia avec l'ecthyma, qui se développe sous l'influence des mêmes causes et dont les pustules peuvent acquérir quelquefois un volume considérable, et constituer de véritables *bulles* pleines d'un liquide purulent. L'analogie semble alors si complète, que des praticiens distingués n'ont fait des deux formes qu'une seule maladie. Cependant, si facile que soit l'erreur, on pourra l'éviter en se rappelant que les croûtes de l'ecthyma, toutes saillantes qu'elles peuvent être, sont irrégulières, informes, et n'ont jamais l'aspect conique de celles du rupia; que les excoriations légères et d'ailleurs assez rares du premier n'ont aucun rapport avec les ulcérations du second.

Il est une maladie dont il est plus difficile et bien plus important encore de séparer le rupia simple, c'est le *rupia syphilitique*. Dans les deux cas l'aspect est à-peu-près le même; ce sont des croûtes noires, étagées reposant sur une surface enflammée, qu'une sorte de liséré blanchâtre sépare de l'épiderme sain. Cependant l'expérience nous a fourni, même en ce cas, des élémens précieux de diagnostic. Ainsi la croûte est plus noire, plus dure, plus enchâssée dans le rupia syphilitique, elle repose non plus sur une surface érythémateuse, mais sur une aréole franchement *cuivrée;* enfin elle cache non plus une ulcération blafarde, superficielle, à chair baveuse; mais un ulcère profond, taillé à pic, grisâtre, en un mot, un véritable ulcère syphilitique. Le diagnostic serait d'ailleurs, en cas de doute, puissamment aidé par l'étude des symptômes concomitans.

Pronostic. Le rupia n'est pas par lui-même un affection sérieuse : cependant, il emprunte une certaine gravité aux causes qui l'ont produit, aux circonstances au milieu desquelles il s'est développé. C'est d'ailleurs une affection toujours opiniâtre, et il faut être réservé sur le pronostic, qui devra être basé sur la connaissance de la cause, et sur l'étude des antécédens du malade. Je n'ai pas besoin de rappeler que le *rupia escharotica* peut être, au contraire, une affection des plus graves.

Traitement. Les indications que comporte le traitement du rupia se déduisent tout simplement de la nature même



Lepra vulgaris.

de la maladie. Puisqu'elle tient à une détérioration profonde de l'économie, c'est à celle-ci qu'il faut s'adresser tout d'abord pour combattre et arrêter le mal. Il faudra donc soustraire le malade aux causes débilitantes qui l'influencent, le soumettre à un régime fortifiant, l'entourer de soins hygiéniques bien entendus. On ajoutera à ces moyens l'usage de boissons amères, de toniques; on lui fera prendre d'abord des bains simples, puis des bains alcalins, pour activer la cicatrisation des ulcères. On aura recours, dans le même but, à des lotions avec le vin miellé ou avec des décoctions aromatiques.

Si ces moyens étaient insuffisans, on modifierait heureusement la vitalité des tissus par quelques cautérisations superficielles, soit avec une solution de nitrate d'argent, soit avec de l'acide hydrochlorique étendu d'eau. Pour combattre des ulcérations opiniâtres, j'ai quelquefois employé très utilement des pommades soit avec le proto-iodure, soit avec le deuto-iodure de mercure, à la dose de 1 à 2 grammes pour 50 grammes d'axonge.

Dans tous les cas il faut soumettre le malade à un repos complet, à la position horizontale, surtout quand le rupia affecte les membres inférieurs.

Quant au *rupia escharrotica*, il faut s'en tenir localement aux émolliens, et s'attacher surtout à combattre l'état cachectique, sous l'influence duquel il s'est développé.

LÈPRE ET PSORIASIS.

Nous rencontrons pour la première fois les maladies de la peau caractérisées par des squames proprement dites, maladies si distinctes, qu'elles semblent en dehors de toutes les affections cutanées, et qui méritent, en outre, toute l'attention des praticiens, à raison et de leur fréquence et de leur opiniâtreté habituelle. Il importe donc de bien préciser tout d'abord ce qu'il faut entendre par *maladies squameuses*. Ce sont pour nous des inflammations chroniques de la peau, caractérisées par la formation, à la surface malade, d'une substance inorganique, lamelleuse, d'un blanc grisâtre, sèche, friable, plus ou moins épaisse, plus ou moins adhérente, qui se détachant en parcelles ténues, forme cette lésion élémentaire dont Willan avait fait la base de son ordre des *squames*. Il y a une différence importante à établir entre ces lamelles, et celles qui sont le résultat accidentel d'un travail inflammatoire, comme on le voit dans presque toutes les maladies aiguës de la peau. Ainsi l'érythème, l'érysipèle, la rougeole, et quelques formes vésiculeuses se terminent ordinairement par une desquamation farineuse, quelquefois assez intense pour figurer de petits débris lamelleux : mais dans ce cas, c'est l'épiderme, qui soulevé par le travail phlegmasique, et altéré accidentellement, tombe pour se reproduire à l'état normal; tandis que dans les affections squameuses, l'exfoliation épidermique tient à un mal profond, constant; c'est une sécrétion viciée, produite non plus par une phlegmasie passagère, mais par un état morbide constitutionnel de la peau : l'épiderme altéré tombe, mais pour être remplacé par un autre épiderme, altéré aussi, qui doit tomber à son tour, et cela indéfiniment, sans qu'il se joigne à ce phénomène pathologique aucun autre signe d'inflammation de la peau, aucune apparence de trouble dans la santé.

La différence n'est pas moins grande, entre les squames et les produits squamoso-lamelleux que l'on rencontre dans quelques affections vésiculeuses et surtout dans l'eczéma. Nous savons que ces produits sont dus à la dessiccation d'un liquide épanché et qu'ils offrent dès-lors des caractères physiques en rapport avec leur origine. Ainsi, ils sont mous, d'un blanc jaunâtre, d'une consistance inégale; ce qui, une fois bien connu, doit les séparer à jamais des lamelles sèches, cassantes, d'un blanc chatoyant, qui appartiennent aux éruptions squameuses.

Les squames doivent donc être regardées comme le résultat et l'expression d'une maladie constitutionnelle, mais d'une maladie constitutionnelle de la peau, et qui, à ce titre, pourrait mériter exclusivement le nom de *dartre*, sous lequel on a confondu si long-temps toutes les affections cutanées. Il est bien entendu toutefois qu'il ne faudrait pas attacher à ce mot l'idée d'un principe particulier, d'un *virus*, comme on le faisait généralement, avant les travaux des dermatologistes modernes. En outre, ces affections suivent une marche essentiellement chronique, bien que dans quelques cas rares, elles se développent avec une rapidité particulière et qu'elles procèdent parfois comme par bouffées aiguës; elles se font enfin remarquer par leur tendance à s'accroître et à s'étendre indéfiniment, et par leur persistance souvent très difficile à vaincre.

Les maladies squameuses de la peau se rapportent à trois types principaux, que j'ai cru devoir conserver, bien que pour deux surtout, la lèpre et le psoriasis, les symptômes soient jusqu'à un certain point semblables, que la nature du mal paraisse être la même, et que le traitement présente une identité parfaite. On a prétendu que ces deux formes n'étaient que les variétés d'une même espèce, on a voulu les décrire simultanément; il n'y a cependant entre ces maladies, si semblables qu'elles soient, des différences notables de forme et d'aspect, différences telles qu'elles ont frappé à toutes les époques, les observateurs sérieux et attentifs. Ainsi Paul d'Egine disait : « *Lepra per profunditatem corporum cutem depascitur, orbiculatiore modo et squamas, piscium squamis similes, dimittit : Psora autem magis in superficie hæret; et variè figurata est.* » Cette appréciation indique très suffisamment les caractères extérieurs qui doivent séparer les deux maladies squameuses, et elle a de plus le mérite précieux de donner au mot lèpre le sens

vrai, dans lequel il doit être accepté et entendu. Quoi qu'il en soit, les raisons qui décidaient Paul d'Egine, existent encore aujourd'hui, et, jointes à ce que nous enseigne l'observation, elles doivent nous décider à rapprocher, mais sans les confondre, les diverses maladies squameuses de la peau, et à les décrire sous un titre commun, mais d'une manière distincte et qui permette d'apprécier sainement leurs caractères particuliers.

Si l'éruption est caractérisée par des disques arrondis, saillans, offrant un centre sain; ce sera la *lèpre;*

Si elle est constituée au contraire par des plaques plus ou moins étendues, saillantes aussi, mais irrégulières et sans forme arrêtée, ce sera le *psoriasis;*

Si enfin, elle consiste dans une desquamation plus ou moins abondante, mais continuelle, mais constante, sans saillie, ni plaques, ce sera le *pityriasis.*

Pour procéder avec méthode et clarté, pour ne pas nous exposer à des redites inutiles, nous décrirons simultanément la lèpre et le psoriasis, séparant l'histoire et la symptomatologie de ces deux affections, mais réunissant dans un même cadre tout ce qui a trait aux causes, au diagnostic et au traitement.

Symptômes de la lèpre. La lèpre est caractérisée par des plaques squameuses, affectant une forme ronde, quelquefois ovale, mais toujours régulière : ces plaques constituent de véritables cercles, formés par une circonférence comme papuleuse, et par un centre sain, ordinairement bien appréciable. Ce disque est surmonté, à son bord saillant, de squames brisées inégalement, mais ayant pour caractère bien tranché de tomber et de se reproduire sans cesse : il n'y a d'ailleurs ni suintement, ni humidité.

La lèpre vulgaire (*lepra vulgaris* de Willan) débute par de petits points rouges, peu appréciables d'abord, bien qu'ils présentent déjà une saillie évidente. A peine développés, ces points sont surmontés d'une petite squame, qui couvre imparfaitement la plaque, tombe pour reparaître bientôt. Cette élévation s'étend et s'affaisse en même temps, principalement au centre qui s'évide ainsi de plus en plus : à mesure qu'il s'élargit, le point papuleux garde et complète même sa forme circulaire, et il arrive, par suite de la double évolution et de l'extension de la plaque, et de la délimitation de ses bords, qu'elle forme un disque, dont le centre est sain, et dont la circonférence est recouverte de squames. Celles-ci tombent et se reforment sans cesse; elles se multiplient, se superposent et deviennent de plus en plus sèches et adhérentes. La largeur ordinaire des disques varie depuis un jusqu'à 4 centimètres; mais quelle que soit leur étendue, ils doivent toujours présenter cette forme annulaire, qui est caractéristique de la lèpre. Il arrive cependant des cas où par suite de l'extension même de la maladie, ce caractère peut être masqué au point de rendre le diagnostic difficile; ainsi, quand les disques sont comme confluens, ils peuvent en s'élargissant se toucher, puis se confondre. Il arrive alors, ou que les anneaux s'entrelacent sans rien perdre de leur forme et de leur netteté, ou, ce qui est le plus ordinaire, que les plaques perdent en se touchant leur caractère distinctif; elles s'aplatissent, se déforment; et elles présentent alors une plus ou moins grande analogie avec le psoriasis. Cette confusion est surtout remarquable à la partie externe des articulations, et notamment aux coudes et aux genoux. J'ai vu dans mes salles à l'hôpital Saint-Louis, un malade dont les bras étaient comme enveloppés d'une éruption squameuse, dans laquelle nous crûmes reconnaître un psoriasis invétéré : sous l'influence d'un traitement, la maladie s'étant assez rapidement améliorée, nous vîmes, à mesure que l'intensité des symptômes allait décroissant, apparaître de plus en plus nettement la forme annulaire d'une multitude de plaques confluentes d'abord, puis distinctes au point de ne plus permettre de douter de l'existence d'un magnifique exemple de lèpre vulgaire.

A mesure que chaque point papuleux se développe, la maladie s'accroît par l'éruption incessante de plaques nouvelles; elle s'étend sur le ventre, le dos, les épaules, la poitrine, quelquefois le front et le cuir chevelu; elle peut enfin devenir générale, mais elle affecte rarement la face et les mains. Les squames tombent et se renouvellent sans cesse, laissant à découvert des plaques toujours indolentes, d'une température égale, exemptes de prurit, rouges, mais lisses et unies quand l'affection est encore récente, sillonnées et rugueuses quand la maladie est ancienne.

Quand les disques de la lèpre ont atteint une certaine dimension, c'est-à-dire de 3 à 4 centimètres au plus, ils restent stationnaires jusqu'à ce que, sans cause ordinairement bien appréciable, la maladie disparaisse peu-à-peu. Il n'est pas rare, en effet, de voir à l'approche d'une saison, de l'été par exemple, la lèpre disparaître entièrement, pour se développer de nouveau soit à l'automne, soit à l'hiver suivant. Souvent au contraire l'éruption reste indéfiniment, sans paraître éprouver de variations notables; seulement les squames deviennent de plus en plus sèches et ténues, les surfaces qu'elles recouvrent s'affaissent et perdent de plus en plus de leur saillie. Parvenue à ce point, l'éruption est ordinairement très répandue. Quelquefois enfin, et ce sont les cas les plus rares, l'éruption est constituée par des disques énormes, ayant un diamètre de 30 à 40 centimètres; j'en ai vu qui occupaient ainsi la moitié du dos, par exemple : alors les bords de chaque cercle sont larges, rouges, et, quand ils se recouvrent de squames, celles-ci sont très minces, et semées seulement çà et là. Mais, quelle que soit l'ancienneté de la maladie, quelle que soit l'intensité de ses symptômes, elle n'est jamais, quoi qu'on en ait dit, compliquée d'ulcérations, et bien loin qu'elle donne lieu à des cicatrices, cette éruption, si remarquable par sa ténacité, laisse à peine, après elle, des empreintes qui accusent l'existence antérieure de ses plaques disparues.



Psoriasis guttata.

Quand la lèpre doit guérir, ce qui n'a le plus souvent lieu que sous l'influence d'un traitement rationnel, la maladie suit en sens inverse, la même marche qu'elle affectait dans son développement; elle décroît d'une manière lente et graduée, les squames se renouvellent moins fréquemment, elles sont de moins en moins épaisses; les surfaces sont moins rouges, moins luisantes; les bords papuleux s'affaissent, puis se brisent en plusieurs points qui disparaissent tour-à-tour, et il ne reste plus rien qu'une légère rougeur, qui s'éteint très rapidement.

Tels sont les phénomènes qui constituent habituellement la lèpre vulgaire : mais elle peut se présenter exceptionnellement avec des caractères particuliers qui ont fait admettre des variétés distinctes. Ainsi, chez quelques enfans blonds et lymphatiques, la lèpre apparaît avec des plaques très petites, offrant cela de remarquable que les squames sont d'un blanc chatoyant : cette particularité avait conduit Willan à donner à cette variété le nom de *lepra alphoïdes:* c'est probablement l'αλφος des Grecs.

Dans d'autres circonstances, l'affection squameuse est évidemment compliquée d'une altération du pigment; mais en tous cas, elle est très curieuse par la coloration noire des squames. C'est la *lepra nigricans* de Willan, affection que Biett était disposé à rapporter au type syphilitique. J'ai partagé cette opinion, mais l'observation m'a démontré que cette filiation était loin d'être démontrée, et que la lèpre noire était souvent due à une autre cause qu'à l'infection vénérienne. J'en ai vu d'ailleurs, plusieurs exemples remarquables, et entre autres un, dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis. Chose bizarre, la coloration noire des squames s'était manifestée accidentellement, spontanément, pendant que le malade était soumis à un traitement par les préparations arsenicales : à leur chute, les squames laissaient une empreinte noire très persistante, qui intéressait évidemment toute l'épaisseur du derme; et, ce qui ne fut pas moins curieux, c'est que la maladie se reproduisant une seconde fois, des élévations rouges apparurent tout-à-coup au milieu des taches sombres qu'avaient laissées les disques de la lèpre noire. Cette variété est probablement la même maladie que les anciens appelaient Μελας.

Symptômes du psoriasis. Le psoriasis est caractérisé aussi par des plaques squameuses, plus ou moins saillantes; mais ce ne sont plus des anneaux bien arrondis, dont le centre est sain; ce sont des surfaces irrégulières, plus ou moins larges, mais continues, et qui, lorsqu'elles se dépouillent de leurs squames, laissent à découvert des surfaces moins rouges et moins unies que celles de la lèpre.

Le terme de psoriasis vient de ψωρα. Il était autrefois employé indistinctement pour indiquer et définir deux espèces de maladies bien différentes : les unes à forme humide, les autres à forme sèche; Willan lui a rendu son sens vrai, et en a borné l'application à l'éruption que nous allons étudier.

Le psoriasis débute quelquefois par un point saillant, plus papuleux, mais moins élevé que la plaque lépreuse : il est surmonté de bonne heure d'une squame mince, sèche, blanchâtre, qui couvre toute la saillie, et semble même la constituer tout entière. Ce point s'élargit, mais sans dépasser le diamètre d'un centime; il s'arrondit, et reste toujours bien isolé et séparé des plaques voisines par des intervalles sains : on dirait des gouttes d'un liquide blanc, jetées çà et là, sans ordre, mais aussi sans confluence : c'est le *Psoriasis guttata,* forme en général légère, qui attaque surtout les jeunes gens, et qui semble constituer le premier degré du psoriasis. Elle est aussi très commune; elle apparaît surtout au printemps et à l'automne. Elle affecte la partie postérieure du tronc et la face externe des membres; elle est quelquefois accompagnée d'un peu de prurit.

C'est à cette forme qu'il faudrait rattacher une variété aussi rare que curieuse, que Villan et Biett ont décrite sous le nom de *Psoriasis gyrata*. En effet, au lieu d'être semées sans ordre, les *gouttes* squameuses peuvent se trouver disposées de manière à former certaines figures régulières, des spirales bizarres : j'en ai vu un exemple, entre autres, où le psoriasis présentait à l'épigastre un huit de chiffres parfaitement dessiné, tandis que sur le dos du même malade, la même éruption figurait un serpent ayant la queue repliée. Je le répète, cette variété doit être considérée comme un *psoriasis guttata* que le hasard a disposé d'une façon particulière.

Le plus souvent, le psoriasis débute par des plaques plus étendues, plates, anguleuses, tout-à-fait irrégulières, constituées par des sortes de papules qui, assez distinctes d'abord, ne tardent pas à se confondre, et forment une surface rugueuse, sèche, qui se recouvre de squames minces, grisâtres. Celles-ci tombent lentement, et d'une manière incomplète pour ainsi dire : il semble, en effet, que ces lamelles sont plutôt détachées d'autres écailles qui restent adhérentes, qu'éliminées d'un point rouge et lisse, comme cela a lieu pour le *psoriasis guttata* et surtout pour la lèpre. Il y a là un travail incessant de desquamation, travail que l'on peut parfaitement apprécier. Si, en effet, on fait tomber complétement les squames qui recouvrent ces points, on met à nu une surface d'un rouge terne, que l'on dirait recouverte d'une squame transparente, qui semble se soulever, se détacher, puis devient manifestement écailleuse : c'est ce que l'on pourrait appeler le psoriasis vrai ; c'est ce que Willan a nommé le *psoriasis diffusa,* à cause de sa forme diffuse et indéterminée.

Cette variété occupe le plus souvent les membres, qu'elle enveloppe quelquefois tout entiers d'une seule plaque; on la trouve aux coudes, aux genoux, bien qu'elle se développe aussi dans une foule de points différens. C'est, en général, une affection opiniâtre, qui peut résister pendant des mois, pendant des années même, et cela, d'ailleurs, sans aucun trouble sérieux, sans déterminer aucun accident, si ce n'est parfois un prurit assez intense pour être

incommode. Quand la maladie va finir, les squames se reforment plus lentement, puis ne se reforment plus : la peau reste long-temps rugueuse, comme chagrinée; elle ne revient que peu à peu à son état normal.

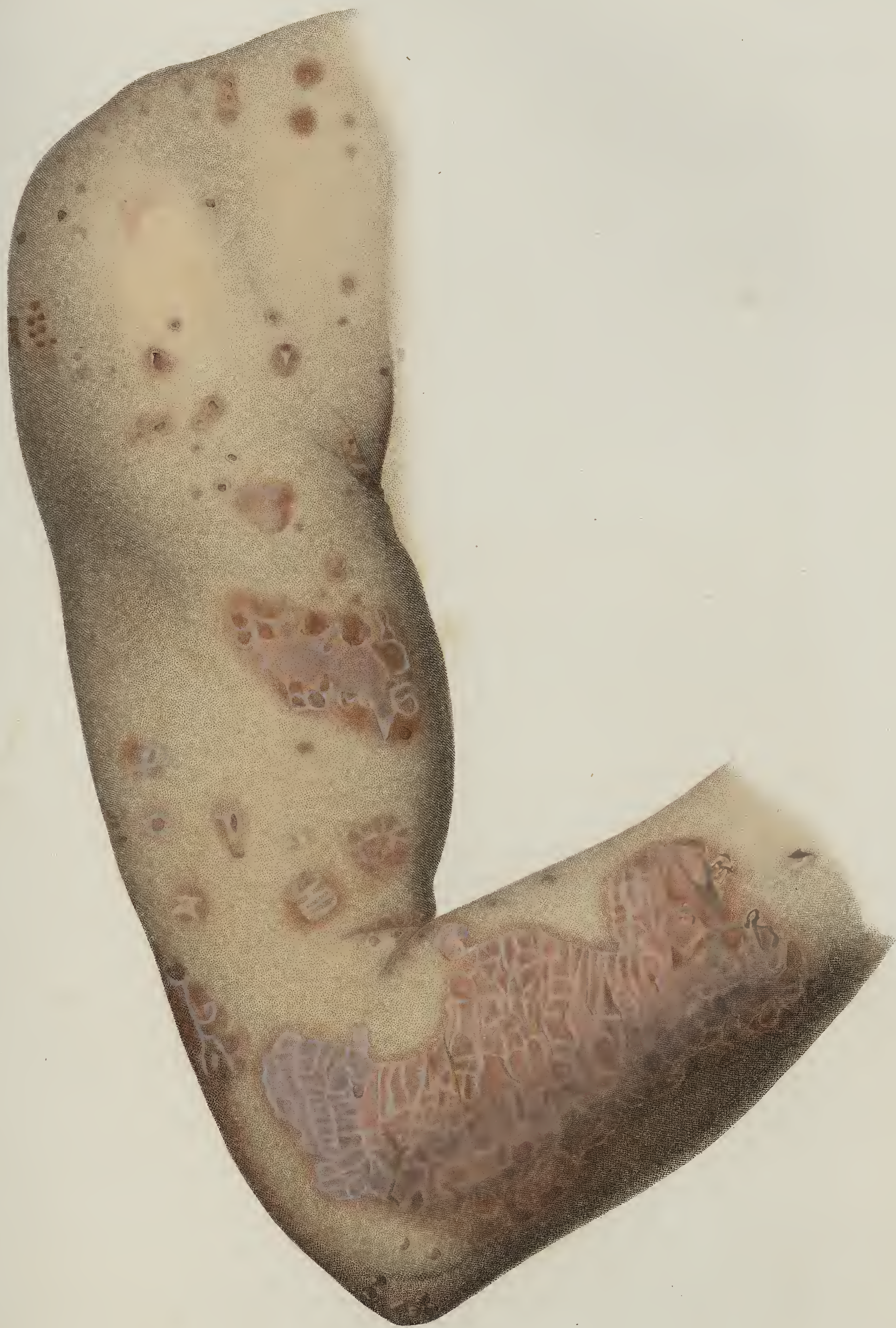
Le psoriasis peut enfin revêtir une forme plus grave encore : soit qu'il ait été entretenu ou aggravé par certaines causes qui influent profondément sur l'économie tout entière, par la vieillesse, la misère, les excès; soit qu'au contraire, au milieu de toutes les conditions opposées à celles que je viens de signaler, il ait fait des progrès peu marqués, mais incessans, le psoriasis parvient à un état d'intensité extrême : les squames sont devenues de plus en plus abondantes et sèches; la peau sur laquelle elles reposent est épaissie, hypertrophiée; elle se gerce, elle se fendille, et il arrive un moment où il ne se forme plus de squames, mais où il existe seulement une sorte de desquamation farineuse, dont une partie adhère à la peau, et dont le reste, emplissant les interstices qui la sillonnent, tombe avec une excessive abondance et se renouvelle avec une rapidité incroyable. J'ai vu des malades qui, agitant leur linge pour se déshabiller, s'entouraient instantanément d'un cercle blanchâtre, produit de cette desquamation. La peau peut être altérée si profondément, qu'elle perde même la faculté de reproduire ces molécules épidermiques; elle est seulement rouge, tuméfiée, rugueuse, sillonnée en tous sens : si on veut la malaxer, on a la sensation d'un corps rude, raboteux et inégal. Parvenue à ce point, l'affection squameuse constitue le *psoriasis inveterata :* ce n'est plus une éruption à proprement parler; on dirait que la peau s'est transformée en une masse squameuse : c'est comme une enveloppe, une sorte d'étui qui encaisse des membres entiers, quelquefois tout le corps, auquel la maladie donne alors une apparence sordide et quelquefois vraiment hideuse. Il s'y joint des rhagades douloureuses, et le malade, tourmenté par un prurit qu'augmentent la digestion, la chaleur du lit, les variations atmosphériques, ne peut plus faire de mouvement sans éprouver une gêne souvent très pénible, sans que quelquefois même il en résulte des déchirures avec écoulement de sang.

C'est alors aussi que les ongles sont profondément affectés, sans qu'il soit besoin d'ailleurs que l'éruption, en s'étendant sans cesse, ait gagné peu à peu l'extrémité des doigts.[1] Ils perdent d'abord leur transparence; ils sont comme sales; ils jaunissent, ils deviennent secs et cassans; ils se recourbent à leur extrémité, se fêlent, tombent, et sont remplacés par une masse squameuse, grisâtre et informe.

Le psoriasis peut apparaître sur tous les points du corps, bien qu'il affecte de préférence les membres et les articulations. Il a certains siéges, où il semble se présenter avec des caractères particuliers, et cette circonstance avait fait admettre plusieurs espèces locales qui cependant ne méritent pas, à proprement parler, de symptomatologie spéciale. Ainsi on a décrit le *psoriasis des paupières,* remarquable par les squames blanches qu'il fait naître au bord libre de ces parties, grave par les accidens qu'il peut déterminer, comme le renversement, l'ophthalmie, l'épiphora, très fâcheux aussi par son opiniâtreté désespérante; le *psoriasis præputialis,* qui existe souvent seul, produit des gerçures pénibles et devient souvent la cause de déchirures douloureuses et sanglantes, qui enfin est accompagné de vives démangeaisons et, dans certains cas, est compliqué d'un phimosis douloureux; le *psoriasis palmaria,* siégeant tantôt au milieu, tantôt autour de la paume des mains, remarquable par l'étendue et la dureté de ses squames, par sa marche excentrique, mais pénible aussi par les gerçures qu'il produit, par la gêne souvent douloureuse qu'il oppose à l'extension des doigts; le *psoriasis dorsalis,* ou psoriasis du dos de la main, qui n'offre rien de particulier que d'avoir une grande analogie avec la maladie que l'on appelait gale des boulangers; le *psoriasis ungium,* qui peut exister seul, et qui présente les altérations que je vous signalais tout-à-l'heure à propos du *psoriasis inveterata.* Je ne dis rien du *psoriasis du scrotum,* qui n'a que le mérite d'être rare, ni de celui du cuir chevelu, qui ne présente rien de particulier.

Causes. J'ai déjà eu occasion de dire que la lèpre et le psoriasis étaient des maladies constitutionnelles de la peau : ce point posé, vous devez comprendre tout d'abord que les influences locales et directes qui constituent la classe des causes externes ne suffisent pas pour produire ces maladies. Si l'on applique un topique irritant, il peut déterminer un lichen ou un eczéma; jamais il ne donnera lieu à une affection squameuse. Cependant une fois admis certain état constitutionnel, comme nous allons le voir tout-à-l'heure, les causes externes peuvent dans certains cas être le point de départ occasionnel de la lèpre ou du psoriasis.

Les maladies squameuses ne paraissent jamais non plus être l'expression ou sympatique ou symptomatique d'un état morbide plus ou moins éloigné. On les voit, au contraire, et si anciennes, si invétérées qu'elles soient, coexister souvent avec un état de santé général des plus satisfaisants. Interrogez la constitution du malade, sondez tout son organisme, vous ne trouverez rien dans aucun point des voies digestives, ni dans les appareils éloignés de sécrétion, rien qui puisse offrir un rapport de causalité probable avec le développement des affections squameuses. La cause semble être tout entière dans un état particulier, constitutionnel de la peau : aussi est-il très difficile, sinon impossible, de la définir et de la préciser tant soit peu rigoureusement. Cet état sous l'influence duquel se développent et la lèpre et le psoriasis, peut être héréditaire ou acquis. Des faits nombreux ne permettent pas de révoquer en doute une prédisposition particulière à ces maladies, prédisposition évidemment transmise par hérédité : elle existe bien certainement dans une proportion considérable. Ces affections attaquent tous les âges, mais avec quelques différences bien marquées. Ainsi, c'est de quinze à vingt-cinq ans qu'elles apparaissent pour la première fois. Sur cinquante faits pris au



Psoriasis diffusa.

hasard, on les voit deux fois seulement se manifester au-delà de cinquante ans. Le sexe ne paraît pas avoir d'influence marquée sur le développement de ces éruptions, développement qui semble au contraire favorisé par le tempérament lymphatique.

Le psoriasis et la lèpre ne sont jamais contagieux, et il importe de bien préciser cette circonstance, surtout pour les cas où la maladie est fixée au cuir chevelu et pourrait alors être reportée à cette famille d'éruptions mal définies que l'on a appelées *teignes*.

Dans un certain nombre de cas, des observateurs auraient apprécié, pour les affections squameuses, l'influence de causes occasionnelles. Les plus fréquemment citées seraient l'ingestion de certains alimens, de certaines matières toxiques, l'influence de maladies accidentelles capables de modifier profondément la peau, telles que la variole, des fièvres intermittentes, enfin et surtout l'influence de certaines professions qui ont pour résultat constant de mettre la peau en contact avec des substances pulvérulentes, ainsi que cela arrive pour les boulangers, les quincailliers, etc. Pour mon compte, et quant aux premières circonstances, je les ai vues le plus souvent déterminer des éruptions pustuleuses; quant à la dernière, elle m'a paru surtout produire ou l'eczéma ou le lichen. Et si même certaines professions devaient prédisposer surtout au psoriasis ou à la lèpre, ce ceraient celles où la peau se trouverait exposée à une chaleur très intense, comme cela a lieu pour les lamineurs, les cloutiers, les maréchaux, etc. D'un autre côté, j'ai observé plusieurs cas où l'affection squameuse semblait s'être développée sous l'influence évidente de l'humidité, au moins comme cause occasionnelle. J'ai remarqué qu'alors la maladie débutait sur les points qui avaient été particulièrement soumis à cette humidité, pour s'étendre ensuite à de plus larges surfaces.

En résumé, les maladies squameuses de la peau paraissent se développer sous l'influence d'un état constitutionnel de la peau, état quelquefois acquis, le plus souvent héréditaire et sans qu'il soit possible d'ailleurs d'établir rigoureusement les causes particulières qui sont le point de départ de ces affections.

Diagnostic. Les éruptions squameuses se présentent avec des caractères qui semblent devoir ne pas permettre l'erreur: le diagnostic de ces affections a pourtant une grande importance, parce que l'on peut les confondre soit avec des éruptions légères qui n'exigent que des traitemens peu actifs, soit avec des maladies plus graves qui doivent être combattues par des moyens spéciaux et énergiques.

La confusion du psoriasis avec la lèpre est très fréquente, sinon très facile; mais ici l'erreur n'a pas d'inconvéniens réels, puisque les deux formes reconnaissent les mêmes causes et demandent le même traitement.

La lèpre peut, à cause de sa disposition en anneaux, être confondue avec toutes les maladies de la peau qui ont une tendance plus ou moins prononcée à la forme ronde. Ainsi on pourrait prendre un disque isolé de lèpre pour une plaque d'*herpès circinné;* mais on se rappellera que dans l'affection vésiculeuse le centre n'est pas sain, tandis que ce caractère est constant dans la lèpre, que l'exfoliation légère de l'herpès n'a aucune analogie avec les écailles de l'affection squameuse. Il y a de plus dans celle-ci un caractère qui manque constamment dans celui-là, c'est l'élévation des bords. Enfin, si l'erreur était possible, elle ne saurait être de longue durée, puisque, dans l'herpès, l'exfoliation qui succède à la disparition des vésicules peut être regardée comme un signe de guérison. Ces élémens de diagnostic peuvent servir aussi à séparer la lèpre du *lichen circumscriptus*, dans lequel il n'y a pas de centre sain, dont la plaque est saillante dans la totalité et non annulaire, qui surtout est remarquable par l'état rugueux qui le caractérise.

Une plaque de lèpre, dépouillée de ses squames, pourrait en imposer pour un cercle de *porrigo scutulata*, alors que ce dernier est complétement débarrassé de ses croûtes faveuses; mais, outre la différence qui résulte encore ici de la forme des anneaux, qui sont pleins, inégaux, rugueux dans le *porrigo scutulata*, le disque de la lèpre est peu injecté, sec même, comme grisâtre au cuir chevelu, tandis que l'anneau est luisant, fortement injecté, humide, ou au moins comme onctueux dans le porrigo. Si, malgré cette différence, la confusion avait lieu, elle ne devrait durer que peu de temps, puisque, plus tard, la présence et la nature des croûtes faveuses, jaunes, en godets, qui caractérisent le porrigo, ne devraient plus laisser la moindre place à l'erreur.

Lorsque les disques de la lèpre sont dépouillés de leurs squames, ils offrent avec certaine forme de syphilide, une ressemblance qui peut devenir une cause d'hésitation et aussi d'erreur. La confusion ne serait possible qu'autant qu'il s'agirait d'une syphilide tuberculeuse en anneaux. Mais dans cette dernière, il faut tout d'abord signaler une coloration spéciale sur laquelle j'appellerai bientôt votre attention, et qui, pour un œil exercé, suffirait au diagnostic; et en étudiant l'aspect de cette variété du type syphilitique, on voit que l'anneau n'est pas une saillie continue comme dans la lèpre, mais bien une succession de tubercules qui, si rapprochés qu'ils soient, sont toujours isolés et distincts. Cette circonstance peut perdre de sa valeur, s'il s'agissait d'un disque de lèpre en voie de guérison et brisé en plusieurs de ses points; mais alors il n'y a aucune espèce de rapport entre ces fragmens irréguliers, anguleux, plats, et les tubercules saillans, lisses, ordinairement assez réguliers de la syphilide. Enfin la présence des squames dans l'un et l'autre cas, pourrait encore ajouter aux difficultés loin de les amoindrir. Cependant on éviterait de confondre les lamelles de la syphylide, minces, adhérentes, mais ne recouvrant jamais qu'une partie de l'induration qu'elles surmontent, avec les écailles sèches, friables, d'un blanc chatoyant, qui couvrent toute la surface des anneaux de la lèpre.

Le psoriasis se présente avec des caractères si spéciaux, pour ainsi dire, qu'il est peut-être, de toutes les maladies de la peau, celle avec laquelle l'œil se familiarise le plus facilement, celle aussi que l'on méconnaît le moins. Cependant on l'a confondu quelquefois avec des plaques d'eczéma ou de lichen parvenu à l'état squameux. On évitera cette erreur en comparant les surfaces unies, le plus souvent lisses de l'eczéma, les plaques rugueuses, chagrinées du lichen, avec les élevures dures, saillantes, inégales du psoriasis; en se rappelant qu'entre les squames blanches, sèches, luisantes de ce dernier et les lamelles molles, ternes de l'eczéma ou l'exfoliation farineuse du lichen, il y a une différence qui doit faire tomber toute hésitation.

Pronostic. Disons tout d'abord que les affections squameuses ne menacent pas la vie du malade; mais ce danger ôté, elles comptent bien certainement comme des accidens fâcheux dans la vie. Il n'est peut-être pas de maladie plus rebelle, plus difficile à guérir, plus sujette à récidive. Proportionnellement, le psoriasis est plus grave que la lèpre, en ce sens que c'est sous la première de ces formes que les affections squameuses se montrent surtout à cet état invétéré où elles semblent se jouer de tous les efforts de la science. Mais après avoir insisté sur ce point très important, il faut noter une circonstance des plus intéressantes, c'est la coexistence de ces maladies avec un état de santé quelquefois des plus florissans. J'ai vu le psoriasis ou la lèpre attaquer des sujets jeunes, vigoureux, d'une constitution irréprochable; je les ai vus persister pendant de longues années, sans que leur présence parût produire dans la santé générale aucun trouble appréciable. Quoi qu'il en soit, on ne saurait être trop réservé dans le pronostic d'affections toujours très tenaces, et tellement sujettes à récidive, après les guérisons les plus solides en apparence, qu'on a pu les regarder comme incurables.

Traitement. Je n'étonnerai personne en disant que pour le traitement des affections squameuses, on a essayé et préconisé tour-à-tour un nombre vraiment incroyable de moyens. Je n'ai pas besoin d'ajouter que d'ailleurs ils ont produit des résultats très différens. Ce qu'il faut bien reconnaître avant tout, c'est que la thérapeutique de ces maladies repose sur des données purement empiriques, et que malheureusement il n'existe pas encore de guide sûr, qui conduise à une guérison rationnelle. Je vous disais tout-à-l'heure que le caractère le plus fâcheux des maladies qui nous occupent, gisait dans leur penchant à la récidive : il faut dire du traitement, que son efficacité consiste surtout à éloigner et à rendre rares le plus possible ces récidives quelquefois désespérantes. Je ne veux pas dire pour cela que la guérison soit impossible; j'en ai vu des exemples qui ne permettent pas le moindre doute à cet égard; ces exemples constituent même par leur nombre une exception assez remarquable; mais enfin l'expérience nous a enseigné qu'à côté d'observations incontestables de guérisons solides, il y a beaucoup de cas où, après une modification en apparence complète, la maladie a reparu souvent après un laps de plusieurs années. La faillibité du résultat est telle, que de nos jours des praticiens ont pu croire qu'il suffisait de combattre les affections squameuses par des moyens externes qui réussissaient sinon mieux, au moins aussi bien que tout autre traitement. Cela posé, je dois dire qu'après une longue étude des résultats obtenus, je suis arrivé à cette conviction, que seuls les topiques ne peuvent produire une guérison réelle; que même ils n'ont pas, autant que les moyens internes, un effet préventif contre les récidives. Toutefois, et en regardant ce principe comme généralement vrai, il faut établir une grande différence entre les divers modes de traitement externe que l'on a proposés.

Lorsque la cautérisation était de mise dans la thérapeutique des maladies de la peau, on l'a vantée et malheureusement trop souvent employée pour combattre les affections squameuses. En admettant que ce moyen pût réussir, cela n'aurait lieu qu'à la condition pour lui de détruire complétement les tissus malades; or je demande si, quand le psoriasis enveloppe un membre tout entier par exemple, il se trouverait personne qui osât acheter une guérison au prix de la cicatrice que laisserait un pareil traitement? Mais, je le répète, la cautérisation ne serait praticable qu'avec la certitude du succès, et surtout l'absence de tout danger : or, l'expérience a démontré qu'il en était tout autrement de l'emploi de ce moyen : entre autres faits que j'ai recueillis, j'ai eu occasion de citer (1) celui d'un médecin qui subit la cautérisation pour se délivrer d'un psoriasis assez étendu, et qui faillit succomber aux suites de ce traitement. Le résultat pourrait n'être pas toujours aussi grave, mais il est hors de doute pour moi que ce moyen doit être complétement rejeté de la thérapeutique des affections squameuses.

Les pommades, employées en grand nombre, doivent être considérées comme pouvant, dans certains cas, agir efficacement sur la disparition de la maladie. Parmi celles que l'on a préconisées tour-à-tour, il en est particulièrement deux surtout qui ont souvent produit des résultats satisfaisans, c'est la pommade avec l'iodure de soufre, et surtout la pommade au goudron. Cette dernière est considérée aujourd'hui par des praticiens distingués comme suffisant pour la guérison des affections squameuses : évidemment elle peut faire disparaître momentanément la maladie, mais on ne peut espérer de son emploi exclusif une modification complète et durable : enfin elle n'a qu'une influence très peu marquée sur le retour des récidives.

(1) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, tome 1, page 167.



Psoriasis inveterata.

Bougeard imp.

Parmi les moyens externes, il faut citer encore les lotions, bien qu'elles n'aient pas beaucoup d'efficacité, employées seules. On en a essayé de toutes sortes, mercurielles, sulfureuses, etc.; mais les plus usitées ont été les lotions alcalines, que, dans l'espèce, on a pu employer à des doses très élevées. Pour moi, je regarde ce moyen comme un auxiliaire de peu d'utilité.

On a enfin employé toutes les espèces de bains dans le traitement des affections squameuses, et il en est même, les bains de sublimé par exemple, qui ont été regardés comme pouvant suffire pour la guérison de ces maladies. Biett les avait expérimentés sur une grande échelle, et il n'en a jamais obtenu de résultat décisif et complet. Les bains alcalins peuvent être très utiles contre quelques formes légères; mais de tous, les plus efficaces sans contredit sont les bains de vapeur aqueuse à une dose peu élevée, 32 à 35 degrés R. Ils paraissent agir en excitant la peau, qui s'anime, devient comme humide de sueur et se dépouille des squames qui la recouvraient. Mais, je le répète, quelle que soit l'utilité des moyens externes, cette utilité n'est jamais que secondaire, et les meilleurs d'entre les topiques ne doivent jamais être considérés que comme les adjuvans du traitement interne : c'est donc à ce dernier surtout qu'il faut demander la guérison du psoriasis et de la lèpre.

Si les essais de médicamens internes ont été nombreux, il faut ajouter que les résultats ont été bien différens. Les purgatifs employés sous toutes les formes sont décidément inefficaces. Les sulfureux ont semblé produire de bons effets dans certains cas peu graves; je conseille de préférence les Eaux-Bonnes, celles d'Enghien, de Challes, de Cauterets, en les aidant de bains sulfureux.

Les sudorifiques jouissent évidemment d'une efficacité plus marquée. Ainsi, les affections squameuses sont heureusement influencées par l'emploi de décoctions de squine, de gayac, de salsepareille, dans lesquelles on ajoute une petite quantité de daphne mezereum. Cet agent est très actif, mais aussi très puissant dans les formes les plus graves de lèpre ou de psoriasis. Je l'emploie ordinairement sous forme de sirop pour édulcorer la salsepareille ou la squine. Aidé par les bains de vapeur, ce mode de traitement m'a donné souvent d'excellens résultats. Cependant il faut bien reconnaître qu'il est insuffisant dans un grand nombre de cas, et alors il faut recourir à des moyens plus énergiques et plus sûrs.

Je ne dirai rien des préparations mercurielles, qui ont été vantées, mais à tort selon moi, comme un remède héroïque contre les affections squameuses. Je vous parlerai d'abord de la teinture de cantharides, moyen très anciennement connu, mais auquel on a attaché l'idée de dangers graves qui sont loin de la vérité. Biett, qui a beaucoup usé de ce remède, a toujours pu le faire impunément; les seuls effets que je lui ai vu produire sont des nausées, quelques coliques, de la diarrhée, quelques érections incommodes, inconvéniens dont on venait toujours facilement à bout. On administre la teinture de cantharides à la dose de trois ou quatre gouttes que l'on augmente progressivement jusqu'à vingt-cinq ou trente au plus. Cependant on a pu, sans danger, pousser cette dose beaucoup plus loin. Ainsi, il y avait entre autres dans le service de Biett un nommé Vassard, âgé de vingt-huit ans, exerçant la profession de marchand de porcs, qui, entré à l'hôpital Saint-Louis le 27 juillet 1821, pour y être traité d'un *psoriasis inveterata,* y fut soumis au traitement par la teinture de cantharides que l'on put pousser en deux mois jusqu'à la dose énorme de soixante gouttes. Ce malade sortait guéri le 28 octobre suivant. Il ressort de ce fait, que ce médicament peut être efficace d'une part, et de l'autre, qu'il ne produit pas nécessairement les accidens qu'on s'est plu à lui attribuer. Je m'en sers rarement toutefois, parce que je le trouve moins régulièrement utile que les préparations arsenicales, dont j'ai à vous entretenir, et qui constituent le dernier terme, la suprême limite de la thérapeutique des maladies squameuses.

Malgré leur incontestable supériorité sur tous les autres moyens de traitement, ces préparations ont été proscrites comme pouvant déterminer des accidens souvent graves. Mais, d'une part, cet inconvénient est à peu près l'apanage de tous les médicamens énergiques, et, de l'autre, on a singulièrement exagéré ces dangers. Il n'est peut-être pas de remède que j'aie autant manié, eh bien! je déclare que les cas où j'ai dû diminuer ou abandonner ce traitement, ne constituent qu'une exception très restreinte. Je ne veux pas dire pour cela que les préparations arsenicales puissent être administrées sans aucune espèce d'inconvénient; je pense, au contraire que, précisément à raison de leur énergie, elles doivent être employées avec prudence et subordonnées à l'examen attentif de leurs effets sur l'économie. Les effets que je leur ai vu produire, sont des nausées, des coliques, de la diarrhée, un peu d'oppression, une petite toux sèche, pénible, revenant par quintes. Pour faire disparaître ces accidens, il suffit de suspendre le traitement pendant quelques jours. Une fois la part faite aux inconvéniens, il nous reste à parler des avantages qui sont remarquables et très faciles à constater. Sous l'influence de ces préparations la peau s'anime; les plaques malades deviennent comme tuméfiées, érythémateuses; on dirait que la maladie passe à l'état aigu : les squames tombent pour laisser à découvert des surfaces unies et luisantes, qui palissent plus tard, quand la maladie marche à sa guérison. Dans la lèpre, on voit alors les disques se briser; les plaques s'affaissent et perdent de plus en plus de leur régularité : ce ne sont bientôt plus que des débris informes qui marchent rapidement à une résolution complète.

Si l'on ne peut pas dire que les préparations arsenicales soient un remède infaillible contre toutes les affections squameuses, du moins on peut espérer qu'aidées de quelques pommades au besoin, mais surtout de l'emploi des bains de vapeur, elles triompheront des formes les plus rebelles et les plus invétérées. J'ai vu des faits qui ne me lais-

sent pas le plus léger doute à cet égard. Le choix des préparations quoiqu'un peu empirique au fond, est cependant réglé par quelques indications générales. Ainsi, chez les sujets jeunes, irritables, dans les formes peu étendues, peu anciennes, je préfère la solution de Pearson dans un sirop sudorifique, depuis cinquante centigrammes jusqu'à deux et quatre grammes par jour en deux dôses. Dans les psoriasis plus étendus et surtout dans les cas de lèpre vulgaire, je prescris plutôt la liqueur de Fowler, depuis trois ou quatre jusqu'à dix ou douze gouttes par jour, terme qu'ilne faut pas dépasser. Enfin, dans les formes les plus graves, les plus étendues, les plus anciennes et aussi les plus rebelles, je conseille soit la liqueur de Fowler, soit les pilules asiatiques depuis une jusqu'à deux, rarement trois par jour. Mais quelle que soit la préparation que l'on préfère, il faut, je le répète, en surveiller attentivement les effets, et alors même qu'elle est parfaitement supportée, il est bon de la suspendre de temps en temps, pendant un mois par exemple, pour recommencer ensuite. Je n'ai pas besoin d'ajouter que dans le traitement de ces formes rebelles, il faut déployer autant de persévérance qu'elles montrent d'opiniâtreté.

PITYRIASIS.

Sous cette dénomination qui vient de πιτυρον, *son*, les Grecs semblent avoir parfaitement connu la maladie qui nous occupe en ce moment, puisque selon le savant De Gorris, elle servait à désigner l'existence de *furfures* abondantes au cuir chevelu dans la plupart des cas, moins souvent à la barbe, quelquefois aux sourcils. Les anciens avaient dû toutefois confondre sous le même titre des affections dissemblables, puisqu'ils admettaient une variété de pityriasis humide, qui n'était sans doute qu'un eczéma du cuir chevelu. Quoi qu'il en soit, le pityriasis a été signalé à toutes les époques de la science; Bateman en avait fait le *porrigo furfurans*, et Alibert le désignait tour-à-tour sous la nom de *dartre furfuracée volante* et d'*herpès furfureux*. Biett, qui considérait cette maladie comme une affection des couches les plus superficielles de la peau, lui rendit le nom de pityriasis que nous lui avons conservé. Pour nous, c'est une inflammation chronique de la peau, caractérisée par une sécrétion anormale de la matière épidermique, compliquée quelquefois d'une lésion de sécrétion de la matière colorante : dans le premier cas, il s'agit de l'affection que nous allons décrire sous le nom de *pityriasis capitis ;* au second appartiennent les variétés que distinguent des colorations anormales : le *pityriasis versicolor*, le *pityriasis rubra*, le *pityriasis nigra.*

Pityriasis Capitis. — Les auteurs ont cité des faits de pityriasis général, mais il s'agissait probablement alors ou de psoriasis légers, ou surtout de certaines formes d'icthyose très superficielle, dont j'ai observé plusieurs cas. Le pityriasis ne siége le plus souvent qu'à la tête, où il occupe de préférence le cuir chevelu et le menton.

On l'observe à tous les âges, mais avec quelques différences d'aspect. Ainsi, chez les tout jeunes enfans le pityriasis est caractérisé par une sorte de crasse, que remplacent ou continuent plutôt de petites exfoliations légèrement imbriquées, qui tombent en laissant après elles une rougeur ordinairement peu vive. Chez les adultes et chez les vieillards le pityriasis est caractérisé presque uniquement par une exfoliation farineuse très abondante.

Il est ordinairement assez difficile de saisir l'origine de cette maladie, l'attention du malade n'étant éveillée par aucun des symtômes d'inflammation que l'on remarque dans les autres affections cutanées. C'est tout d'abord un état squameux à peine perceptible, entretenu et probablement augmenté par l'action des ongles que provoquent des démangeaisons plus ou moins vives. J'ai vu quelquefois le pityriasis compliqué d'élévations rouges, résistantes, recouvertes de produits farineux, et qui lui donnaient une sorte de ressemblance avec les maladies squameuses proprement dites : mais ces faits ne constituent que des exceptions assez restreintes, et dans la généralité des cas, le pityriasis parcourt toutes ses phases sans avoir été accompagné d'aucun phénomène d'acuité. Parvenue à son état le plus abondant, si l'on peut dire ainsi, cette affection consiste dans une sorte de flux farineux, qui peut constituer sinon un danger, au moins un ennui sérieux pour le malade. Mais c'est chez les femmes, chez celles surtout qui ont une chevelure longue et épaisse, que le pityriasis se développe avec toute son intensité. C'est d'abord une desquamation assez peu abondante pour ne point apporter d'obstacle aux soins de la coiffure. Mais ces soins eux-mêmes deviennent pour la maladie une cause de progrès indéfini. Les molécules farineuses augmentent de jour en jour et il arrive un moment où quand les soins les plus minutieux sont parvenus à nettoyer la tête, une heure après, celle-ci se recouvre de squames qui se détachent incessamment et tombent avec une remarquable abondance. Mais c'est surtout quand le prurit sollicite le malade à se gratter, que la desquamation acquiert toute son intensité. Il semble que les pellicules pleuvent sur les vêtemens qui en sont couverts et comme blanchis : et, chose étonnante! la reproduction de ces squames est si rapide, que la desquamation continue tant que dure l'action des ongles sur le même point, si limité qu'il soit. On conçoit quels inconvéniens peut présenter cette maladie pour les femmes, ordinairement si préoccupées du soin et de la beauté de leur chevelure. Mais ce n'est pas seulement au point de vue de l'éclat et de la propreté que le pityriasis peut devenir une source d'ennui, il comporte quelquefois un résultat, sinon grave, au moins plus fâcheux. En effet, bien que cette



E. Bocourt pinx.

Pityriasis.

Impie de Bougeard.



Pityriasis versicolor.

E. Bocourt pinx.

Visto sculp.

Impie de Bougeard.

affection n'attaque pas le bulbe, et ne provoque pas nécessairement l'alopécie, il arrive cependant que le cheveu entouré, à sa sortie, d'une sorte d'étui squameux qui l'étreint pour ainsi dire, pousse faible et grêle, devient sec et cassant, et que, s'il ne tombe pas de lui-même, ce qui arrive quelquefois, il tombe entraîné par le peigne qui l'arrache souvent par poignées. La tête se dégarnit rapidement, et la chevelure, naguère la plus belle et la plus abondante, ne suffit pas aux exigences de la coiffure : il y a une véritable alopécie surtout aux endroits où existent les séparations de la chevelure, là où agit surtout le peigne, où le cheveu est le plus tiraillé. Je n'ai pas besoin de dire que cette dénudation constitue dans l'espèce une sorte de difformité qui peut devenir la cause de véritables chagrins : je me hâte d'ajouter aussi que cette alopécie n'est jamais que passagère et que la maladie cessant, les cheveux repoussent aussi beaux, aussi fournis qu'auparavant.

Depuis l'instant où a commencé la desquamation, jusqu'à celui où le pityriasis est parvenu à son dernier degré, la maladie n'est accompagnée d'aucun autre phénomène morbide que le prurit dont je vous parlais tout-à-l'heure. Le cuir chevelu n'est le siége d'aucune inflammation apparente : les squames tombent, sans qu'on puisse leur assigner d'autre cause qu'un mode de sécrétion inappréciable. Ces squames peuvent d'ailleurs varier quant à leur volume. Le plus souvent, et surtout au menton, ce sont des pellicules sèches, si ténues qu'elles ressemblent parfaitement à des molécules de son. D'autres fois, mais surtout alors au cuir chevelu, ce sont des lamelles minces, blanches, toujours sèches, libres et flottantes par une de leurs extrémités, adhérentes par une autre, et qui peuvent présenter l'étendue d'une lentille en superficie.

Quelquefois le pityriasis est compliqué d'une coloration anormale et il constitue alors des variétés basées essentiellement sur la couleur qui les caractérise.

Pityriasis rubra. — Cette forme, assez rare d'ailleurs, semble siéger presque exclusivement sur la poitrine. Elle est constituée par des plaques si peu étendues dans l'origine qu'elles ne dépassent pas la largeur d'une lentille. Ces points rouges s'étendent de manière à acquérir des dimensions quelquefois assez considérables. L'aspect rougeâtre persiste et les plaques sont, à tous les momens de la maladie, le siége d'une desquamation toujours assez abondante. Les squames sont blanches, très minces, comme transparentes; elles tombent et se renouvellent sans cesse. S'agit-il dans ce cas d'un pityriasis compliqué de phénomènes de phlegmasie aiguë? Il serait permis de le croire, si l'on ne consultait que les causes appréciables de cette affection, toujours légère d'ailleurs.

Pityriasis nigra. — Cette variété n'a été décrite que dans ces derniers temps, puisque Biett ne l'aurait observée ou du moins signalée pour la première fois que lors de l'épidémie d'acrodynie de 1829. Quoi qu'il en soit, elle a tous les caractères que je viens d'assigner au *Pityriasis Rubra*, si ce n'est qu'au lieu de reposer sur une surface rouge, les squames recouvrent des points fortement colorés en noir. Il y a là lésion évidente de l'appareil chromatogène : mais quelles sont la cause et l'étendue de cette lésion? c'est ce qu'il ne nous a pas été donné de préciser. La teinte noire est dans quelques cas si superficielle, qu'en arrachant l'épiderme, on retrouve dessous une surface rouge et lisse; d'autres fois au contraire la coloration est plus profonde, et l'épiderme enlevé ou transparent permet de la suivre presque dans la couche sous-épidermique qui en est évidemment le siége.

Pityriasis Versicolor. — C'est toujours le pityriasis, c'est-à-dire une sécrétion anormale de la matière épidermique, mais reposant sur des surfaces plus ou moins étendues, dont la coloration anormale aussi trahit une lésion de sécrétion de la matière colorante.

En effet, le pityriasis versicolor est caractérisé par des plaques dont l'étendue est très variable, qui siégent principalement au cou, à la poitrine, au ventre, quelquefois au visage, qui présentent une teinte d'un jaune obscur, quelquefois brunâtre, comme sali, mais qui sont, en tous cas, recouvertes de squamules minces qui tombent et se renouvellent incessamment. Cette affection assez commune peut se présenter avec un aspect tel qu'il a pu conduire à la plus complète erreur, et il importe de vous signaler cette circonstance, pour vous faire éviter une méprise qui pourrait n'être pas sans inconvéniens. Il est arrivé, là où nous-mêmes avons pu quelquefois hésiter à la première vue, il est arrivé, dis-je, que les plaques du pityriasis versicolor étaient si étendues, qu'à raison de la blancheur plus frappante des surfaces restées saines, on a pris celles-ci pour des points malades où l'on a combattu des décolorations qui n'existaient pas. Si maintenant on veut pénétrer plus intimement dans la nature de cette affection, on y trouve une maladie bien evidemment complexe, puisqu'on observe et la coloration anormale des éphélides et la desquamation qui constitue surtout le pityriasis.

Causes. Il est, en général, très difficile d'apprécier les causes du pityriasis, et peut-être faudrait-il, à propos de cette maladie, répéter ce que nous avons dit du psoriasis et de la lèpre vulgaire. S'il s'agit du *pityriasis capitis,* on comprend à la rigueur que chez les vieillards et les jeunes enfans, cette forme soit provoquée par l'influence excitante de l'air, agissant sur des parties dénudées : mais chez les adultes, comment expliquer l'apparition de la maladie, alors surtout qu'aucun phénomène d'inflammation ne trahit l'action d'une cause directe. Il faut croire qu'il y a une sorte de prédisposition

naturelle que mettent en jeu des influences occasionnelles, appréciables à la rigueur, dans certains cas. Ainsi, on comprend que chez les femmes qui ont le plus de soin de leurs chevelures, ces soins mêmes deviennent l'occasion du développement du pityriasis provoqué alors par l'action du peigne, et aussi par l'effet irritant de certains cosmétiques; mais on comprend surtout que ces circonstances entretiennent la maladie, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'ait produite. J'ai vu dans certains cas, et chez certaines femmes nerveuses, le *pityriasis capitis* survenir après des attaques multipliées de céphalalgie névralgique. Le pityriasis du menton paraît être déterminé et entretenu par l'action du rasoir; cependant il existe chez des hommes qui portent toute leur barbe, et on ne peut, dans ce cas, qu'admettre une cause constitutionnelle inhérente à la peau elle-même, et présidant au développement et à la persistance de la maladie.

L'expérience semble établir que le *pityriasis rubra* et le *pityriasis versicolor* sont influencés par l'insolation, par l'action de foyers ardens, par des émotions morales vives, par l'ingestion de certains alimens.

Diagnostic. Le pityriasis est, en général, une maladie facile à reconnaître. Fixé au cuir chevelu, il pourrait en imposer pour un psoriasis ou une lèpre vulgaire. Mais tout d'abord on le distinguera de ces deux affections par la nature de ses squames qui sont blanches, ténues, comme farineuses, tandis que celles des autres maladies squameuses sont de véritables écailles pour ainsi dire argentées; on se rappellera enfin que dans le pityriasis la peau reste unie, tandis que dans les deux autres formes elle est soulevée soit en plaques, soit en anneaux papuleux. Sur d'autres points de la surface du corps, et surtout s'il s'agit d'un *pityriasis rubra,* la desquamation pourrait être prise alors pour celle qui succède à certains exanthèmes; mais pour éviter cette erreur, il faut se rappeler que, dans le premier cas, il s'agit de la reproduction incessante de molécules qui forment une sorte de flux furfuracé; tandis que dans le second, la desquamation est formée, pour ainsi dire, par l'expulsion momentanée des débris de l'inflammation sur de larges surfaces. Serait-on tenté de confondre cette desquamation avec celle que l'on remarque dans certains cas d'eczéma ou de lichen chronique? Il suffira, pour reconnaître un pityriasis, de constater l'absence de toute éruption antérieure, de toute humidité précédente ou actuelle, de toute sensation d'une peau rugueuse et chagrinée; il suffira surtout de bien préciser la nature de la desquamation, qui est incessante, intarissable pour ainsi dire. Hésitera-t-on entre le pityriasis et l'icthyose? Mais dans celle-ci la peau est dure, sèche, tandis qu'elle est au contraire comme ramollie dans celui-là; mais dans la seconde, les squames ont une teinte grisâtre, tandis qu'elles sont blanches dans le premier; mais enfin l'icthyose est une maladie congéniale, tandis que le pityriasis est toujours, si persistant qu'il soit, une affection accidentelle.

Le diagnostic du *pityriasis versicolor* peut présenter quelques difficultés, précisément à raison de cette coloration fauve qui en constitue le caractère distinctif. D'abord, ainsi que je le disais tout-à-l'heure, on peut, appréciant mal l'étendue de la maladie, ne voir dans les parties restées saines, c'est-à-dire blanches, qu'une décoloration anormale, qui peut faire croire à l'existence d'un *vitiligo* par exemple, et provoquer l'emploi de moyens qui auraient au moins l'inconvénient d'être inutiles. Si l'on est prévenu de la possibilité d'une telle erreur, il suffira d'un examen un peu attentif pour l'éviter. Le *pityriasis versicolor* peut enfin être pris pour des éphélides; mais la desquamation furfuracée, qui est pour l'un une complication inévitable, devra le séparer suffisamment des autres, qui ne sont constituées que par une lésion de la matière colorante.

Il n'y a rien à dire pour le diagnostic des variétés *pityriasis rubra* et *nigra.*

Pronostic. Le pityriasis n'est jamais une affection grave, et cependant nous comprenons qu'il puisse, fixé au cuir chevelu, constituer jusqu'à un certain point un accident fâcheux. Pour une femme qui met son orgueil à avoir une belle chevelure, ce doit être un véritable chagrin que d'avoir la tête incessamment poudrée de ces squamules qui semblent inépuisables, que de voir surtout tomber sa chevelure au point que toute coiffure devienne impossible. Cependant cette alopécie n'est jamais irrémédiable, et quand la maladie est vaincue, les cheveux repoussent complétement. Toutefois il faut être bien prévenu que la maladie ne cède pas facilement, et il importe de se bien garder de promettre une guérison trop rapide.

Traitement. Le traitement général du pityriasis consiste dans l'emploi de boissons amères et, selon l'indication, de légers laxatifs. Le traitement externe varie suivant les espèces. Dans le *pityriasis capitis,* on recommandera, s'il y a un peu de chaleur ou de cuisson, des lotions émollientes, des onctions avec la moelle de bœuf préparée : si toute trace d'inflammation a disparu, on emploiera les pommades et les lotions alcalines. On pourra faire usage aussi de quelques bains tièdes et alcalins, en prescrivant des douches légères en arrosoir capillaire; mais surtout on insistera sur l'éloignement de toutes les causes qui entretiennent et aggravent la maladie. Ainsi on surveillera rigoureusement l'emploi des cosmétiques, et on proscrira toute espèce de coiffure qui tiraille ou tende trop les cheveux. S'il le faut, on défendra l'usage du peigne, et la toilette ne sera permise qu'avec la brosse. Si le pityriasis siége au menton, on interdira l'usage du rasoir; la barbe ne devra être faite qu'avec des ciseaux. Chez les enfans, et si l'éruption est légère, il suffit de brosser souvent et légèrement la tête, dont la peau s'anime et se modifie sous l'influence de cette excitation répétée.

Il faut ajouter à ces moyens généraux quelques indications particulières pour les autres variétés; ainsi dans le *pityriasis rubra*, les émissions sanguines, quand le sujet est jeune et vigoureux; dans le *pityriasis versicolor*, l'emploi des lotions et des bains sulfureux; dans le *pityriasis nigra* enfin, les bains et les douches de vapeur.

Observation. — *Pityriasis capitis. — Pityriasis rubra. — Complication d'eczéma, siégeant derrière les oreilles. — Traitement par les amers, les purgatifs, les bains alcalins et les bains de vapeur. — Guérison.* — (Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Cazenave). — Le 25 janvier 1845 est entrée à Saint-Louis, salle Napoléon, n° 40, la nommée Joséphine C..., couturière, âgée de seize ans, née en Belgique.

Cette jeune fille, blonde, délicate, présente tous les attributs d'un tempérament très lymphatique. Elle a eu dans son enfance, et pendant plusieurs années, des ganglions engorgés au col; pendant plusieurs années aussi, les cils des paupières furent détruits à plusieurs reprises par une blépharite très intense, qui passa cependant sans laisser de traces. Joséphine a la peau blanche et fine; elle a été réglée à quinze ans pour la première fois; depuis, les règles ont été régulières dans leur retour, mais toujours peu abondantes; elles reviennent deux fois par mois.

Il y a dix-huit mois (la malade avait alors quatorze ans et demi), le cuir chevelu devint le siége d'une desquamation légère, qui n'était accompagnée que de démangeaisons très peu marquées. Les cheveux se couvraient très rapidement de petites farines, qui tombaient en grande abondance, sous l'action du moindre frottement, et qui se renouvelaient avec une grande rapidité. Soit par l'effet de la maladie, soit par suite des manœuvres de la toilette, ou, ce qui est plus probable, des deux à la fois, le cuir chevelu se dégarnit rapidement et les cheveux finirent par tomber presque tous. La maladie s'étendit bientôt au front et à la face; elle envahit même plus tard le col, mais ce fut toujours au front que la desquamation fut le plus considérable.

A peu près à la même époque, Joséphine fut atteinte d'une éruption, siégeant derrière les oreilles, et caractérisée par des plaques rouges, couvertes de petites vésicules, agglomérées, transparentes, accompagnées d'un sentiment de chaleur et de cuisson incommode : ces plaques devinrent le siége d'un suintement très abondant, qui donnait lieu à la formation de petites croûtes minces, molles, tombant facilement, se renouvelant avec rapidité. C'est alors que Joséphine fut réglée pour la première fois, mais l'apparition du flux menstruel ne modifia nullement la maladie. Bien au contraire, l'affection squameuse, qui était restée jusqu'alors bornée à la tête et au col, commença, il y a sept mois, à s'étendre de nouveau et à envahir le tronc et les membres, qui devinrent le siége de plaques rouges, accompagnées d'une desquamation comme farineuse, moins abondante qu'au cuir chevelu. La malade se contentait de suivre un régime doux et, suivant l'avis d'un médecin qu'elle avait consulté, de prendre quelques bains, de boire de la tisane de houblon. Enfin ne voyant survenir aucune amélioration dans son état, elle se décida à entrer à l'hôpital, où elle se présenta avec les symptômes suivans :

Le cuir chevelu est le siége d'une desquamation très abondante, sans rougeur, sans inflammation marquée : les cheveux sont rares, grêles, entourés à leur base d'une squame fine qui forme une sorte de collier à un demi-millimètre de la peau; la malade ne peut se servir du peigne ou de la brosse sans faire pleuvoir des petits débris, semblables aux parcelles d'un son très menu : il lui est d'ailleurs impossible de se coiffer, sans compter que le moindre tiraillement opéré sur les cheveux les fait tomber avec une grande facilité : on retrouve là tous les signes du *pityriasis capitis.*

Derrière les oreilles, on remarque des plaques d'un rouge assez vif, recouvertes de petites croûtes d'un jaune grisâtre, très minces, reposant sur des surfaces suintantes, qui sont excoriées çà et là par l'action des ongles. On retrouve aux bords des oreilles de petites vésicules qui complètent le diagnostic de l'eczéma.

Tout le visage, le col et la partie supérieure du tronc sont le siége de larges plaques d'un rouge brunâtre, sans saillie au-dessus de la peau, recouvertes de squames blanchâtres, généralement fines, un peu plus larges et plus épaisses au front, tombant avec abondance au moindre frottement, se renouvelant avec une grande facilité : c'est le *pityriasis rubra.* On le retrouve également sur les bras, mais avec plus d'intensité. Les avant-bras présentent à leur face antérieure et interne une coloration d'un rose vif, surmontée de squames blanches, plus larges que partout ailleurs; la peau est en outre rugueuse, saillante, comme épaissie. En général, toutes les surfaces malades ne sont le siége que d'une démangeaison très légère.

Interrogée sur ses antécédens et sur ceux de sa famille, Joséphine C.... ne donne aucun renseignement qui puisse faire assigner une cause précise à sa maladie. Personne dans sa famille n'a eu d'affection de la peau; quelques contrariétés qu'elle aurait éprouvées, il y a un ou deux ans, pourraient seules expliquer, au moins comme causes occasionnelles, le développement de l'éruption.

Pendant toute la période aiguë de l'eczéma, période qui a duré assez long-temps, cataplasmes de fécule de pommes de terre et de guimauve derrière les oreilles; plus tard on se contente de saupoudrer avec de l'amidon.

M. Cazenave met en même temps la malade à l'usage d'une tisane amère; il ordonne tous les jours un verre d'eau de Sedlitz.

Tous les deux jours un bain alcalin.

Ce traitement est continué pendant quinze jours. L'eczéma a disparu, mais l'affection squameuse est restée stationnaire.

M. Cazenave met la malade à l'usage de la solution de Pearson (2 grammes pour 125 grammes de sirop de saponaire, deux cuillerées, une le matin et une autre le soir). Au bout de huit jours, on porte la solution de Pearson à 4 grammes pour la même quantité de sirop.

Tous les deux jours un bain de vapeur.

Au bout d'un mois, l'amélioration est déjà notable. M. Cazenave laisse reposer la malade pendant huit jours, et recommence l'administration de la solution de Pearson pendant un autre mois.

L'éruption était déjà en grande partie modifiée ; les squames se reformaient plus lentement, étaient moins abondantes, quand cette amélioration s'arrêta tout-à-coup. — M. Cazenave renonce aux bains de vapeur, et revient aux bains alcalins. Les progrès continuent alors; les plaques rouges du *pityriasis rubra* s'effacent peu-à-peu et finissent par disparaître, ne laissant à leur place qu'une desquamation légère qui disparaît bientôt aussi. La peau des avant-bras a repris toute sa souplesse. Au cuir chevelu l'éruption est plus rebelle, mais c'est là surtout que la guérison est hâtée par les bains alcalins, la malade devant se laver la tête dans l'eau du bain. Enfin le 2 mai, il ne reste aucune trace de cette affection si tenace : Joséphine C.... sort complétement guérie.

PELLAGRE.

La Pellagre est une maladie très peu connue, caractérisée par trois ordres de symptômes principaux : une affection cutanée, encore mal définie; une inflammation gastro-intestinale, qui paraît constante; et des accidens nerveux graves, qui traduiraient une lésion du système cérébro-spinal. L'importance de l'éruption, au moins au point de vue du diagnostic, lui a fait donner le nom de pellagre que nous avons dû lui conserver sans conteste : enfin la marche évidemment chronique de la maladie prise dans son ensemble, nous a conduits à la compter et à la maintenir dans un genre où sa place n'est pas et ne peut pas être autrement justifiée.

La pellagre s'est montrée, ou mieux a été observée pour la première fois dans le Milanais, vers le milieu du siècle dernier, et jusqu'à ces derniers temps elle avait été considérée comme endémique dans certaines contrées de la haute Italie. Cependant, dès 1829, M. le docteur Hameau avait déjà écrit un mémoire sur des faits de pellagre qu'il aurait observés dans les Landes; mais l'attention publique en France vient d'être éveillée surtout par M. Roussel, interne distingué des hôpitaux, qui, ayant observé les pellagreux à Milan, aurait reconnu à l'hôpital Saint-Louis des faits de pellagre bien caractérisés, et en aurait conclu que cette affection terrible n'était pas fatalement confinée dans les plaines lombardes. Quoi qu'il en soit de ces faits, sur lesquels nous ne pouvons nous prononcer, la pellagre a été surtout étudiée en Italie, par Frapolli, qui en donna la première description en 1771 ; par Gaetano Strambio, qui a laissé sur ce vaste sujet les travaux les plus complets que la science possède encore aujourd'hui; par Baldarini, qui s'est surtout livré à de consciencieuses recherches sur la cause de cette endémie meurtrière; en France, par M. Brierre de Boismont, et tout-à-l'heure par M. Roussel, qui vient de publier sur cette matière un mémoire très intéressant. Mais il faut bien reconnaître que ce point si obscur, si complexe, n'est encore ni aussi simple, ni aussi clair qu'il conviendrait à la vérité. Pour moi, je n'ai jamais vu un seul cas de pellagre, et je ne puis que vous présenter, à propos de cette maladie, quelques considérations qui devront naturellement être très réservées et très restreintes, jusqu'au jour où la lumière sera faite.

Quelques auteurs semblent avoir admis un ordre fatal qui présiderait à la symptomatologie pellagreuse, et qui en classerait les phénomènes en trois périodes et même en trois annuités bien distinctes. Il est difficile d'admettre que cet ordre soit une règle générale, et nous pourrions, sur la foi de Strambio, croire que sur ce point l'observation peut permettre une autre hypothèse. Mais nous nous bornerons quant à présent, et sans tenir compte d'aucune classification, à signaler en quelques mots les symptômes qui paraissent appartenir à la pellagre.

Il faut noter en première ligne cet érythème caractérisé par des taches d'un rouge plus foncé que celui de l'érésypèle, qui s'étendent graduellement et sont quelquefois le siége d'une légère tuméfaction. Répandues surtout au dos de la main, ces taches peuvent être le siége d'un sentiment de chaleur et même de prurit; elles se recouvrent aussi d'une desquamation particulière que l'on a comparée à celle du psoriasis. Cet érythème, après avoir persisté pendant tout l'été, peut disparaître pendant l'hiver, pour reparaître au printemps suivant.

Les troubles intestinaux se manifestent par une diarrhée dont l'intensité s'accroît sans cesse, par de la dysenterie, symptômes que viennent compliquer les coliques, l'anasarque, et bientôt tous les phénomènes d'un épuisement profond.

Les accidens nerveux paraissent jouer un rôle très important dans la symptomatologie de la pellagre. Ils consistent d'abord dans des crampes, des vertiges, des tintemens d'oreilles; mais ces symptômes augmentent, ce sont des accès

épileptiformes, puis du délire, et enfin l'idiotisme et même la folie. A travers toutes ces phases, la mort survient comme le terme fatal d'une désorganisation lente, mais profonde, de toute l'économie.

Comme on le voit, la pellagre est une maladie complexe, sinon dans sa nature, au moins dans ses phénomènes. On a demandé à la nécropsie le secret de cette affection bizarre ; mais les lésions que l'on a pu étudier soit dans les voies digestives, soit dans les centres nerveux, n'ont rien présenté de spécial à cette affection. A-t-on été plus heureux à la recherche des causes? il est au moins permis d'en douter. Ainsi on a fait dépendre la pellagre d'une foule d'influences locales, et aussi de beaucoup d'usages qui en étaient sans doute innocens. On a invoqué tour-à-tour l'humidité, les eaux stagnantes, les miasmes insalubres, les travaux excessifs, l'insuffisance ou la mauvaise qualité de la nourriture; on a parlé du vin frelaté, du seigle mal cuit, enfin du maïs : toute l'étiologie de la pellagre peut se résumer dans cette qualification que lui ont donnée les Italiens : *mal de misère.*

Je n'ai rien à dire du diagnostic qui semble facile, et qui pourtant ne le serait guère si l'on s'en rapportait aux faits de pellagre que nous voyons surgir depuis quelque temps. D'après le peu que j'en viens de dire, nous avons pu conclure que la pellagre est toujours une affection très grave, quelle que soit d'ailleurs sa véritable nature. Quant au traitement, il a paru être dirigé particulièrement contre les différens symptômes. Les moyens qui semblent jusqu'à présent être le plus efficaces contre la maladie pellagreuse, sont les bains, une bonne alimentation, et le déplacement des malades, leur éloignement des lieux où ils vivaient et où ils ont été atteints.

Je dois borner là ces quelques considérations, attendant que l'expérience ait dit son dernier mot sur cette maladie, qui semble d'ailleurs, depuis quelque temps, avoir fixé plus particulièrement l'attention des médecins. (1)

TROISIÈME GENRE.

ÉRUPTIONS SPÉCIFIQUES AIGUES ESSENTIELLEMENT FÉBRILES.

Ici, messieurs, nous nous trouvons devant un tout autre ordre de maladies : il ne s'agit plus d'éruptions ayant besoin seulement, pour se manifester, d'une cause accidentelle quelconque, suivant une marche irrégulière, tantôt légèrement aiguë, le plus souvent tout-à-fait chronique ; ou bien développées sous l'influence d'un trouble fonctionnel plus ou moins éloigné ; ou enfin entretenues très long-temps par un état particulier de l'économie. Cette fois, ce sont des affections tout-à-fait à part, des maladies spécifiques ayant besoin, pour se développer, d'une cause toujours la même, produisant des effets toujours les mêmes aussi : ce sont des maladies à physionomie particulière, mais toujours identique; essentiellement fébriles, elles ont des périodes arrêtées, un cours fatal, une manière d'être uniforme.

(1) Depuis que ces leçons ont été professées, il s'est produit de nouveaux faits qui me permettent, sinon de compléter l'histoire de la pellagre, au moins de présenter une opinion plus nette sur cette intéressante maladie. Ainsi, d'une part, il semblerait établi que, si la pellagre est une maladie très commune surtout en Lombardie, elle peut aussi se montrer dans d'autres contrées : c'est ce qui résulterait des observations recueillies par M. Marchand dans les Landes, de celles de M. le docteur Roussilhe aux environs de Castelnaudary ; c'est ce qui résulterait aussi des faits observés à Paris depuis la première communication faite par M. Roussel en 1843, faits recueillis par M. Willemin et publiés dans les *Archives de médecine*, 1847. D'un autre côté, de nouvelles lumières qui permettent de mieux apprécier la nature de cette maladie, ont été répandues sur ce sujet intéressant par les travaux de M. Balardini (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, tome II, page 313), par ceux de M. Roussel, et surtout par mon ami le docteur Schedel, qui est allé à Milan pour étudier la pellagre, et qui en a rapporté de nombreuses observations dont une grande partie a été publiée dans l'histoire intéressante qu'il a faite de cette maladie dans l'*Abrégé pratique des maladies de la peau* (quatrième édition).

Adoptant entièrement les opinions de Schedel, pour nous la pellagre *n'est pas un fleau qui ravage et dépeuple, mais un vice qui lentement détériore et dégrade :* c'est une diathèse particulière de l'économie, dont les caractères pathognomoniques sont des lésions fonctionnelles variées, tant des voies digestives que de l'axe cérébro-spinal, et la desquamation *couleur chocolat* plus ou moins foncée de l'épiderme des parties exposées aux rayons du soleil du printemps. Les signes de la pellagre sont très variables d'ailleurs, non-seulement sous le rapport de leur intensité, mais aussi quant à leur ordre d'apparition. L'affection de la peau serait pourtant à nos yeux un des premiers symptômes indispensables et un signe pathognomonique.

La marche de la pellagre est tout-à-fait irrégulière, et nous croyons avec G. Strambio que la seule division que l'on doive adopter est celle qui la considère comme intermittente, rémittente ou continue. On la rencontre dans l'âge le plus tendre ; souvent héréditaire, elle n'est pas contagieuse. Ses causes paraissent être décidément toutes celles qui peuvent ébranler le système nerveux et détériorer profondément l'économie, les chagrins, les privations, la misère, etc. Il ne paraît pas possible d'admettre une influence spéciale. Nous devons signaler toutefois comme cause déterminante l'insolation, à laquelle les auteurs attachent encore aujourd'hui une valeur presque exclusive, au moins comme point de départ.

Il importe peut-être ici d'appeler l'attention sur la couleur chocolat que présente l'affection érythémateuse de la peau, couleur que Schedel considère comme le symptôme pathognomonique de la pellagre lombarde, et dont il n'a été fait mention par aucun des auteurs qui l'ont signalée en France. J'ai tout récemment observé cette coloration, dans deux cas que j'ai vus à l'hôpital Saint-Louis : c'était chez deux femmes ; une seule est entrée dans mes salles ; voici son observa-

A ces inflammations appartiennent en propre des conditions spéciales, des caractères tout-à-fait remarquables : ainsi, 1° elles reconnaissent pour cause une influence épidémique, souvent contagieuse, inoculable ou non; 2° leur développement est précédé d'une incubation, phénomène bien remarquable, que l'on retrouve dans les maladies virulentes, dans les *morbides poisons*, qui témoigne évidemment d'une infection générale, se traduisant souvent de préférence, au point contaminé, surtout dans certaines conditions particulières d'inoculation; 3° elles sont accompagnées de phénomènes généraux, de la fièvre d'abord, qui se développe avant toute espèce de manifestation à la peau, et ensuite d'un appareil de symptômes à physionomie caractéristique et souvent aussi indispensables que l'éruption elle-même; 4° cependant elles se traduisent par une éruption, qui est toujours le symptôme dominant; 5° elles suivent une marche régulière, qui peut bien subir quelque influence de *l'individualité*, mais dans laquelle on retrouve toujours des périodes fatales bien marquées; 6° enfin, elles ont cette faculté si singulière, qui ne subit que peu d'exceptions, et qui consiste à n'atteindre qu'une seule fois les individus dans leur vie.

Comme vous le voyez, ce sont des maladies tout-à-fait distinctes, qui composent ce genre dans lequel nous avons rangé la roséole, la rougeole, la scarlatine, qui se présentent sous forme d'*exanthèmes;* la variole et la vaccine, qui constituent des éruptions *pustuleuses;* la varicelle et la miliaire, qui sont caractérisées par des vésicules.

Disons tout de suite qu'il y a dans ces éruptions plusieurs exceptions aux caractères généraux que je viens de vous signaler. Ainsi la roséole, qui semble accepter quelques influences accidentelles, au moins comme causes déterminantes, n'est pas contagieuse; elle ne présente, à proprement parler, rien de régulier dans sa marche; mais, par sa forme, elle a une telle parenté avec la rougeole, qu'il est impossible aujourd'hui de l'en séparer, en attendant qu'un peu plus tard on la range peut-être parmi les variétés de l'érythème. Ainsi je sépare complétement la varicelle des éruptions varioliques; mais, comme ces diverses maladies sont rapprochées encore par beaucoup d'auteurs, et comme la question de leur séparation n'est pas encore complétement tranchée, j'ai cru devoir les laisser les unes à côté des autres.

Ainsi enfin la miliaire est une maladie sur la nature de laquelle on est loin d'être d'accord, et, pour mon compte, j'hésite à décider si l'éruption proprement dite est toujours, soit une maladie simple, soit un caractère accidentel, ou si elle doit être considérée comme une affection spéciale, à la manière de celles dont je viens de vous tracer les caractères.

Dans tous les cas, après vous avoir présenté ces généralités, je me contenterai de vous donner de ces diverses affections un tableau le plus succinct possible; d'une part, parce que leur étude particulière et détaillée dépasserait les limites de ces leçons, et de l'autre, que leur histoire trouve naturellement sa place dans plusieurs autres cours non spéciaux. Je n'ai pas cru devoir cependant me dispenser tout-à-fait de vous les signaler, ne fût-ce que très brièvement; car, après tout, elles constituent une classe trop importante pour ne pas vous en esquisser les principaux traits.

ROSÉOLE.

Nous distinguerons d'abord, et comme par exception, la roséole (éruption anomale fugace), exanthème *non contagieux*, fugitif, caractérisé par des taches légères, rouges, irrégulières, non proéminentes, sans caractère bien

tion recueillie par M. Chausit, interne du service. — La nommée B.... (Marie-Antoinette), âgée de soixante-sept ans, née à Abbeville (Somme), veuve et mère de cinq enfans bien portans, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 64, le 16 mai 1848.

Cette femme, blanchisseuse de son état, faisait depuis plusieurs années des commissions dans l'intérieur de Paris. Ses ressources étaient très modiques; elle ne vivait la plupart du temps que de pain sec, de fromage, de soupe : elle aimait beaucoup le pain. D'une bonne constitution d'ailleurs, elle ne se rappelle pas avoir eu d'autre maladie qu'une fluxion de poitrine, il y a déjà long-temps; seulement l'insuffisance de l'alimentation, le dénument extrême où elle se trouve réduite, avaient commencé à altérer l'intégrité de ses fonctions digestives.

Ainsi, la nécessité de modérer son appétit d'abord, de faire ensuite un choix parmi les substances alimentaires les moins coûteuses, a fini par éteindre en elle jusqu'au désir de manger. Puis sont survenues, à de courts intervalles, des coliques assez vives et fréquentes, et une diarrhée tout-à-fait séreuse. Vers les premiers temps, elle se sentit sur les mains des démangeaisons et des picotemens douloureux; quelques jours après, la face dorsale de la main droite d'abord, de la main gauche ensuite, devint le siége d'une rougeur très foncée. Les démangeaisons cessèrent aussitôt. Déjà le nez, les deux pommettes, présentaient la même coloration.

Admise le 16 mai, la malade se présente dans l'état suivant : la face dorsale de la main gauche, les doigts compris, offre une coloration *brun-chocolat* bien marquée, s'élevant jusqu'à huit centimètres environ au-dessus du poignet; des lignes sinueuses irrégulières, d'un blanc nacré, sillonnent ces surfaces et circonscrivent des espaces de grandeurs très variées, qui plus tard se dégarnissent sous forme de lamelles minces, sèches, qui ne sont pas autre chose que l'épiderme altéré : la peau est au-dessous d'un rose pâle. Les mêmes caractères existent à la main droite, avec cette différence, qu'au centre on voit deux croûtes de la grandeur d'une pièce de deux francs, et ressemblant assez aux croûtes qui succèdent au pemphigus. Le lendemain, en effet, on trouve à la limite dorsale de l'affection une *bulle* de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Sur le nez et les pommettes, mêmes caractères de la peau qu'à la main gauche.

Du côté des voies digestives, on remarque les symptômes suivans : bouche pâteuse, langue blanchâtre; point d'appétit; la malade désire manger plusieurs espèces d'alimens, et aussitôt qu'elle les a eu sa possession, elle se sent prise de dégoût : la viande surtout lui inspire une répugnance insurmontable; elle ne peut prendre que des bouillons : coliques passagères; diarrhée séreuse; quelques légers maux de tête; le sommeil est court; pas de fièvre; lassitude générale.

Le traitement consista dans des boissons gommées, quelques opiacés, des bains simples. Le 10 juin, la diarrhée a cessé; la peau ne présente plus qu'une couleur d'un rouge pâle : la malade sort en bon état.

arrêté, qui semblent tenir de la rougeole et de la scarlatine, accompagnées d'ailleurs d'une fièvre éphémère, suivant une marche aiguë. La durée de la roséole varie de vingt-quatre heures à quelques jours : elle se développe sur tous les points de la surface du corps; quelquefois elle est bornée à certaines régions, le plus souvent à la face et au col.

Vulgairement connue sous le nom de fièvre rouge, elle se manifeste surtout aux changemens de saison, et principalement dans l'été : on l'observe chez les femmes, chez les jeunes enfans, dont quelques-uns en sont quelquefois atteints une ou deux fois par an. Elle est déterminée souvent par la première dentition; elle peut apparaître à la suite d'un exercice forcé, ou coïncider avec d'autres maladies internes. Ainsi on aurait décrit une roséole rhumatismale.

Pour nous, cette maladie ne diffère de l'érythème qu'en ce que ce dernier exanthème ne se présente pas avec le caractère de généralité qui appartient à la roséole.

Enfin Willan a décrit une roséole en anneaux qui pourrait bien n'être que l'herpès-iris. Quoiqu'il en soit, la roséole est une affection légère, avec fièvre éphémère et qui cède au régime, au repos, à quelques boissons délayantes, à l'influence d'une température modérée.

ROUGEOLE.

Rubeola, *Blacciæ, morbilli,* Febris morbillosa.

Définition. Exanthème contagieux, fébrile, accompagné de toux, de larmoiement, de coryza, et caractérisé par une éruption de taches rouges, irrégulièrement semi-lunaires, distinctes d'abord et bientôt confluentes.

Invasion. Du dixième au quatorzième jour de l'infection : malaise, lassitude, frissons; hémorrhagies nasales, vomissemens; fièvre, éternuement, écoulement nasal, larmoiement, chaleur à la peau; toux fréquente, sèche, férine, nausées; langue blanche, constipation, urines rares et rouges; céphalalgie, assoupissement, délire passager; quelquefois convulsions.

Éruption. Du quatrième au cinquième jour de l'invasion : petites taches rouges, distinctes, circulaires, comme proéminentes : d'abord au front, au menton, aux joues; bientôt au col, à la poitrine, au tronc, aux membres. Eruption sur la luette, au voile du palais. Les taches deviennent plus larges, irrégulièrement semi-lunaires (*racematim coalescunt*, Syd.), quelquefois disposées en groupes (*rub. corymbosa*), quelquefois, surtout aux mains, surfaces inégales (*rougeole boutonneuse*). Éruption terminée au bout de trente-six heures : face bouffie; paupières gonflées. Le sixième jour, diminution à la face; augmentation sur les autres parties. Septième jour : l'éruption commence à disparaître. Neuvième jour, légères taches jaunâtres.

Desquamation farineuse, le plus souvent partielle, pas constante; peut manquer complétement.

Les symptômes généraux augmentent avec l'éruption, cessent avec elle. La toux persiste. Souvent sueurs, hémorrhagies nasales, diarrhée.

Telle est la marche naturelle de la rougeole (*morbilli benignæ regulares*).

Elle peut présenter beaucoup d'irrégularités : 1° quant à la durée des périodes; 2° quant à l'éruption elle-même; elle est forte, légère, générale, partielle, débutant sur un autre point que sur le visage; 3° quant aux symptômes concomitans : R. sans catarrhe; R. sans éruption.

Rougeole grave. — R. hémorrhagique chez des sujets affaiblis, à constitution détériorée; taches purpurines; véritables ecchymoses; hémorrhagies se produisant sur divers points. — R. avec gangrène; divers organes et notamment la bouche, les fosses nasales, sont envahies rapidement par des eschares gangréneuses. — R. maligne : symptômes de la fièvre typhoïde, à forme ataxique, putride, adynamique.

Complications. — *Variole et scarlatine :* le plus souvent successives; quelquefois marchent ensemble, se modifient réciproquement; quelquefois prédominance d'un symptôme de chacune d'elles; rougeole avec angine, scarlatine avec toux. *Stomatite; Angine :* angine pseudo-membraneuse. *Bronchite intense :* expectoration particulière, crachats épais, arrondis, d'un jaune verdâtre, parfaitement isolés, nummulaires. *Pneumonie; Phlegmasies intestinales; Anasarque :* plus rare que dans la scarlatine. *Hémorrhagies :* rares à part l'épistaxis. *Accidens cérébraux :* convulsions. *Accidens de la convalescence :* ophthalmie, coryza, otite, brouchite chronique, coqueluche, développement de tubercules pulmonaires.

Anatomie pathologique. Les caractères anatomiques peuvent être masqués par les complications : la fibrine du sang garde la moyenne normale; la proportion des globules peut être augmentée.

Causes. Sporadique, épidémique; dans le dernier cas, elle présente toujours quelques caractères particuliers; contagieuse à l'aide d'un principe inconnu; elle se montre dans toutes les saisons. C'est une maladie de l'enfance, plus commune après la première dentition : aucun âge n'en est à l'abri. Elle n'attaque, en général, les sujets qu'une seule fois; on l'a observée, par exception, deux fois chez le même individu.

Diagnostic. En général facile, quand la rougeole est régulière. Voir la *Scarlatine*.

Pronostic. N'est pas, en général, grave; le devient dans les rougeoles irrégulières et compliquées; fâcheux chez les femmes enceintes, les enfans délicats, chez les individus qui sont dans de mauvaises conditions hygiéniques; très grave dans les formes malignes, hémorrhagiques; en rapport enfin avec l'intensité de l'épidémie.

Traitement. Pas de traitement actif contre l'éruption et son cortége ordinaire. Traiter les complications seulement, en ayant égard aux conditions actuelles et de l'individu et de la maladie.

Diète, repos, chaleur tempérée, boissons mucilagineuses. Si l'éruption paraît à peine, et s'il survient quelques accidens, un vomitif, chez les individus bilieux, moux, lymphatiques, quand il y a embarras gastrique; évacuations sanguines, rarement indiquées, seulement chez les individus très pléthoriques, à l'époque des règles, etc. Bains émolliens, excitans, de vapeur, chez les enfans délicats. Boissons chaudes, aromatiques; décoction de quinquina chez les individus faibles, à constitution détériorée. Ces divers moyens employés seulement contre l'éruption qui ne se fait pas et qui est remplacée par des accidens plus ou moins graves : car, s'il n'y a pas d'accidens, pas de traitement actif.

Traitement des complications : consiste dans l'emploi des moyens appropriés à chacune d'elles, en ayant toujours égard à la maladie spéciale dominante. Si intenses que soient les complications, en général point de traitement actif, si l'éruption se fait bien. Se guider d'ailleurs sur l'individu; ne pas trop se hâter d'agir. Sinapismes; vésicatoires.

Traitement de la convalescence : bains tièdes; purgatifs; contre la toux persistante, opiacés, vésicatoires; régime approprié, changement d'air.

Traitement prophylactique : isolement, jusqu'au-delà du vingtième jour. — Préservatifs : camphre, belladone, soufre; efficacité bien moins démontrée que pour la scarlatine. — Inoculation : vantée depuis long-temps; résultats divers; pourrait être essayée dans une épidémie meurtrière.



SCARLATINE.

Febris scarlatina; rossalia; purpura scarlatina; Febris anginosa; morbilli confluentes; fièvre rouge.

Définition. Exanthème contagieux, fébrile, accompagné d'une angine plus ou moins intense, et caractérisé par une éruption de petits points rouges, qui forment bientôt des taches irrégulières d'un rouge framboisé, occupant en général des surfaces étendues.

Invasion. Du troisième au sixième jour de l'infection : débute le soir, d'une manière subite : accès de fièvre; abattement, frissons passagers, nausées, vomissemens; douleurs lombaires; accélération du pouls, qui s'élève à 140; respiration fréquente, irrégulière; chaleur âcre du tronc; refroidissement des pieds, quelquefois convulsions.

Éruption. Dès le lendemain, quelquefois pendant la nuit, apparition de petits points rouges au cou et à la face, tellement rapprochés que la peau offre une teinte uniforme et semble rugueuse au toucher. L'éruption se répand sur tout le corps : vive chaleur, démangeaisons incommodes; larges taches d'un rouge framboisé sur les points où repose le corps, au pli des articulations; langue, voile du palais, pharynx, muqueuse des paupières et des narines d'un rouge écarlate; déglutition douloureuse; souvent les bords et la pointe de la langue sont rouges, tandis que sa surface est couverte d'un enduit muqueux blanchâtre.

Agitation, délire, assoupissement, gonflement de la face; les symptômes généraux persistent avec l'éruption : rougeur framboisée, plus vive le soir, surtout du troisième au quatrième jour; diminue le cinquième; disparaît le septième; les autres symptômes disparaissent aussi; souvent alors sueurs, diarrhée, urines sédimenteuses.

Desquamation furfuracée, souvent lamelleuse, avec prurit; peut se prolonger trente et quarante jours et se renouveler plusieurs fois. C'est la *scarlatine simple.* Elle peut présenter les mêmes irrégularités que la rougeole, quant à la durée des périodes, à la plus ou moins grande intensité de l'éruption.

Scarlatine angineuse. – Fièvre plus vive, angine plus intense : elle précède le plus souvent l'éruption. Déglutition

très-douloureuse; voix rauque; boissons rendues par les narines : chaleur brûlante. L'exanthème ne se montre quelquefois que le troisième jour; il est moins généralement répandu.

Quelquefois les piliers du voile du palais, les amygdales, le pharynx, les narines se recouvrent de mucosités épaisses, de matières pultacées plus ou moins adhérentes. Alors engorgement des glandes du col, oblitération des narines, oppression. L'exsudation pultacée peut être colorée en noir par le sang; langue sèche, lèvres gercées.

Quelquefois, mais plus rarement, disparition et réapparition de l'éruption d'une manière irrégulière; durée de la maladie prolongée; mode de desquamation moins régulier.

Scarlatine maligne. — Dès le second ou le troisième jour, caractères de la plus grande gravité; éruption tardive; beaucoup d'anxiété, oppression, vomissemens, agitation, délire, sécheresse de la langue; pouls petit, fréquent; peau brûlante, yeux injectés, éteints; joues d'un rouge cramoisi; haleine fétide; exsudation noirâtre de la bouche; hémorrhagies nasales, intestinales; pétéchies; refroidissement des extrémités; mort quelquefois rapide, sans que l'éruption ait pâli. Ou bien inflammation gastro-intestinale, avec suppuration et escharres abondantes.

Complications. — De la *scarlatine simple :* Miliaire, rougeole, érysipèle, variole; — de la *scarlatine angineuse :* Inflammation pseudo-membraneuse, de la bouche, du pharynx, des fosses nasales postérieures; croup, rare; — de la *scarlatine maligne :* Méningite, pneumonie, gastro-entérite, gangrène partielle.

Accidens de la convalescence. Abcès des amygdales, bronchite, ophthalmie, otite, parotide; inflammation des testicules, engorgement des glandes sous-maxillaires, anasarque aiguë partielle ou générale; épanchement séreux.

Diagnostic. On distingue la scarlatine de la rougeole, en ce que, dans celle-ci, les taches sont plus petites, d'un rouge vif, irrégulièrement semi-lunaires. Elles sont plus larges dans la scarlatine, irrégulières, d'une teinte framboisée.

Dans la *scarlatine :* éruption prompte, apparaissant dans les vingt-quatre heures. — Dans la *rougeole :* symptômes d'invasion précédant l'éruption de trois ou quatre jours. Dans celle-ci : phénomènes de catarrhe, larmoiement, coryza, toux. Dans la *scarlatine :* symptômes d'angine.

Causes. Principe contagieux inconnu. Plus commune dans la seconde enfance et dans l'adolescence, elle n'attaque qu'une fois dans la vie le même individu. Dans quelques épidémies, symptômes généraux sans éruption, ou éruption sans symptômes généraux. Facilité de transmission, surtout pendant toute la durée de la desquamation.

Pronostic. Maladie insidieuse, souvent grave. La scarlatine simple, généralement peu dangereuse; plus que la rougeole; grave chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées.

Traitement. De la *scarlatine simple :* température douce, modérée; diète, boissons rafraîchissantes, acidulées, mucilagineuses; gargarismes émolliens; quelquefois un vomitif au début; — de la *scarlatine angineuse :* évacuations sanguines; applications de sangsues; rarement saignées générales; gargarismes acidulés, aluminés; — dans l'*angine couenneuse :* application prompte du nitrate d'argent sur les plaques diphtéritiques. Biett se servait avec avantage de jus de citron avec partie égale de miel; purgatifs; — de la *scarlatine maligne :* saignées générales peu efficaces, souvent nuisibles, si ce n'est au début des accidens; application de sangsues au col, aux apophyses mastoïdes; purgatifs; vésicatoires; bains tièdes avec affusions froides; — de la *convalescence :* bains tièdes; laxatifs; éviter l'impression du froid; — de l'*anasarque :* repos; diète; boissons diaphorétiques tièdes; bains de vapeur.

Traitement prophylactique. Isolement; teinture de belladone, de 6 à 12 gouttes progressivement pendant dix à douze jours, aux enfans de huit à dix ans. Soufre doré d'antimoine et calomel, 4 à 8 milligrammes de chaque, mêlés à un peu de sucre ou de magnésie, trois ou quatre fois par jour, pour les enfans de deux à quatre ans.

VARIOLE.

Variola; febris variolosa; petite vérole; varioloïde.

Définition. Éruption fébrile contagieuse, caractérisée par des pustules phlyzaciées, assez volumineuses, ombiliquées, précédée et accompagnée de symptômes généraux plus ou moins intenses.

Elle est *naturelle* ou *inoculée, discrète* ou *confluente.* On la dit *cohérente* quand les pustules, sans être confondues, se tiennent seulement par leurs bords voisins; *primitive, secondaire,* ou modifiée par une vaccine ou par une variole antérieure, c'est la *varioloïde.*

La *variole franche* a dans sa marche cinq périodes distinctes.

Incubation. C'est le temps qui s'écoule depuis l'infection jusqu'à l'invasion. Elle dure de six à vingt jours; pas de symptômes particuliers.

Invasion. Horripilations, abattement général; rachialgie; fréquence du pouls; chaleur de la peau; céphalalgie; anxiété épigastrique; oppression; nausées; vomissemens; langue blanche, quelquefois rouge à la pointe; quelquefois toux, oppression; la langue devient rouge; assoupissement; coma ou bien convulsions chez les enfans. — Dans la *variole confluente :* fièvre intense; chaleur très grande de la peau; soif ardente; souvent langue et lèvres sèches, arides, couvertes d'un enduit noirâtre; ordinairement constipation opiniâtre. Ces symptômes durent trois ou quatre jours, puis diminuent et disparaissent lors de l'éruption.

Éruption. A la face et aux mains d'abord, puis au col, aux bras, et sur tout le reste du corps dans les vingt-quatre heures; petits points rouges comme papuleux, précédés quelquefois d'une rougeur érythémateuse; peau chaude et luisante. Dans les premiers momens, exacerbation des symptômes qui s'apaisent à mesure que l'éruption paraît. Les points rouges augmentent de volume; dépression centrale très marquée dès le troisième jour; forme ombiliquée de plus en plus prononcée; pustules blanchâtres entourées d'une aréole rouge plus marquée; pouls plein, régulier; pustules sur la langue, dans le pharynx, sur les paupières, dans les fosses nasales. Dans quelques points, larges surfaces rouges, tuméfiées, un peu rugueuses, et alors, dès le second jour, sorte des pellicules blanchâtres sous-épidermiques. Durée, quatre ou cinq jours.

Suppuration. Retour de la fièvre; gonflement général de la peau; la forme ombiliquée des pustules disparaît. Elles deviennent sphériques, jaunes, quelquefois noirâtres. Dans chaque pustule ouverte à cette époque, on trouve du pus jaunâtre et un petit disque blanchâtre ombiliqué. Quand les pustules sont très confluentes, vers le cinquième ou le sixième jour de l'éruption, l'épiderme devient rude au toucher, et se recouvre peu à peu d'une croûte d'abord mince et jaune, puis plus épaisse et brune. Fièvre, tuméfaction, ptyalisme, plus ou moins vifs. Durée de trois à quatre jours.

Dessiccation. Commence presque toujours à la face, qui souvent est entièrement couverte de croûtes, quand les pustules sont à peine à maturité aux extrémités. Dans la variole confluente : croûtes brunes, épaisses, souvent dès le huitième ou le neuvième jour de la maladie, et qui tombent du cinquième au quinzième de leur formation; plus tard, écailles furfuracées; odeur particulière, nauséabonde; démangeaisons vives. Après les croûtes, surfaces d'un rouge vif qui ne disparaît que très lentement; cicatrices de plus en plus visibles.

La marche de la variole n'est pas toujours aussi régulière.

Accidens de l'invasion. Fièvre et symptômes généraux très intenses; céphalalgie avec délire; épigastralgie; douleurs vives dans les lombes, dans les membres, dans les côtés; coma; convulsions. Quelquefois la mort arrive avant que l'éruption se soit faite; — de l'éruption : Congestions sanguines, hémorrhagie; assoupissement; état apoplectique; bronchite; apoplexie pulmonaire; pneumonie; œdème aigu du poumon de Laënnec; purpura; ophthalmie; croup, plus rarement; — de la suppuration : C'est la période où la mort arrive le plus souvent. La suppuration ne s'établit pas d'une manière franche; quelquefois accidens mortels très rapides, dans l'espace de quelques heures, de quelques minutes, sans lésions appréciables; salivation; diarrhée; — de la desquamation : Éruption

de pustules d'ecthyma; furoncles; abcès; bulles de rupia; ulcérations de mauvaise nature. Enfin, fièvre lente; diarrhée; catarrhe pulmonaire; ophthalmie; surdité.

La variole *inoculée* est en général très bénigne; quelquefois, symptômes généraux, sans éruption locale; quelquefois, éruption, huit, dix ou quinze jours après l'opération; mêmes symptômes plus ou moins intenses; l'éruption locale se dessèche du douzième au quinzième jour de l'inoculation.

Nécropsie. Congestions sanguines dans les organes encéphaliques et thoraciques.

Causes. Principe contagieux inconnu qui se propage par contact médiat et immédiat, peut se transmettre à une certaine distance. Tous les âges, même le fœtus. Sporadique; épidémique. En général, le principe contagieux n'exerce qu'une fois dans la vie son action sur l'économie; cependant, il peut affecter la même personne deux fois, et même plus.

Varioloïde. — C'est la variole secondaire survenant chez des individus déjà atteints une première fois ou vaccinés. — Invasion : symptômes précurseurs existant à peine; quelquefois, au contraire, très intenses, sans que nécessairement, pour cela, l'éruption soit plus abondante. Éruption très variable dans son intensité; quelquefois confluente, le plus souvent très légère, ou existe à peine; mêmes symptômes; seulement, comme le caractère de cette éruption est précisément de s'arrêter brusquement à une de ses périodes, il en résulte que l'éruption peut être seulement *papuleuse*, ou *vésiculeuse*, ou *pustuleuse;* fièvre secondaire à peine perceptible. Quelquefois, même marche, mêmes symptômes que dans la variole franche; le plus souvent maladie bénigne; durée courte, de six à douze jours.

Diagnostic. Très facile; la variole ne ressemble, et surtout dans sa forme légère de variole modifiée, qu'à la *varicelle*. On les a même confondues comme étant la même maladie. Pas de périodes régulières pour la varicelle; quelques symptômes généraux précurseurs de l'éruption, moins intenses que ceux de la variole, ne cessent pas avec l'éruption. Celle-ci est composée de vésicules globuleuses, sans ombilication; elle n'est pas contagieuse.

Pronostic. La variole est toujours grave, surtout quand elle est confluente. Elle l'est plus chez les enfans, chez les femmes enceintes ou récemment accouchées.

Traitement. Le séjour au lit, la diète, un air tempéré, les émolliens, sont les moyens auxquels il faut avoir recours dans la variole régulière, discrète ou confluente; laxatifs; gargarismes adoucissans; lotions émollientes; un vomitif au début; quelquefois une tisane sudorifique; un bain tiède, ou mieux un bain de vapeur pour faciliter l'éruption.

L'emploi des émissions sanguines, conseillées dans tous les temps, est un des points de thérapeutique les plus difficiles. La saignée, si elle est utile, ne peut l'être que dans la période d'invasion; elle serait infailliblement nuisible plus tard. Elle peut convenir dans les cas d'accidens survenus chez des adultes forts, très vigoureux, sanguins; en général, c'est un moyen auquel il peut être dangereux d'avoir recours.

J'en dirai autant de la méthode abortive, depuis les frictions jusqu'à la cautérisation et les applications emplastiques de Vigo. Est-il prudent de faire avorter même une partie d'une variole confluente? Non. Dans les autres cas, elle est inutile.

VACCINE.

Définition. Éruption contagieuse qui quelquefois se développe naturellement sur le pis des vaches, et qui le plus ordinairement est transmise par inoculation d'individu à individu, pour prévenir ou au moins modifier la variole. Elle est caractérisée par des pustules argentines, larges, aplaties, multiloculaires, déprimées au centre, entourées d'une aréole érythémateuse, donnant lieu à une croûte brune qui se détache vers le vingt-cinquième jour, et laisse une cicatrice gaufrée, caractéristique.

Pour pratiquer l'inoculation, on peut retirer le virus-vaccin de la vache même ou des pustules de vaccine développées chez l'homme. Elle a lieu généralement et préférablement par piqûre.

Les caractères d'une vaccine régulière sont de se manifester seulement vers le troisième ou le quatrième jour par un point érythémateux qui s'élève et se convertit successivement en une vésicule ombiliquée, d'un blanc mat, arrondie ou un peu ovale, qui augmente graduellement, conserve sa dépression centrale jusqu'à la fin du huitième au neuvième

jour, époque où il convient de retirer le vaccin, qui consiste dans un fluide transparent, presque limpide, contenu dans plusieurs cellules; plus tard (du huitième au dixième jour), elle atteint son plus grand développement, entourée d'une aréole d'un rouge vif, avec une tuméfaction prononcée de la peau, souvent avec léger engorgement des ganglions axillaires: un peu de fièvre. Plus tard encore, vers le dixième jour, le fluide est devenu purulent; le bouton se dessèche en une croûte circulaire, très dure, d'un brun foncé, qui se rapetisse de plus en plus, en même temps qu'elle devient noirâtre et se détache enfin du vingtième au vingt-cinquième jour en découvrant une cicatrice déprimée, circulaire et gaufrée, dont la surface trahit par des enfoncemens le nombre des cellules de la vésicule; cette cicatrice est indélébile.

La vaccine, non plus qu'une première variole, ne met pas à tout jamais l'économie à l'abri d'une nouvelle contagion variolique; le plus ordinairement, elle la modifie, si elle vient à se développer, et en fait disparaître tous les dangers.

VARICELLE.

Varicella; variolæ spuriæ; pemphigus variolides; the chicken-pox; the swine-pox; vérolette; petite vérole volante.

Définition. Éruption non contagieuse, à vésicules précédées et accompagnées de symptômes généraux légers, et dont la dessiccation a lieu du cinquième au huitième jour. On distingue deux variétés; dans l'une (*chicken-pox* des Anglais), les vésicules sont petites, peu élevées; dans l'autre (*swine-pox*), elles sont grandes, globuleuses, molles, plus larges à leur corps qu'à leur base.

D'abord transparent, le fluide contenu se trouble bientôt et prend une teinte lactescente. Elles peuvent se développer toutes deux chez le même individu, à des époques différentes.

L'éruption est précédée, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, d'abattement, de malaise, de soif, d'un peu de fièvre. Le plus ordinairement ces symptômes sont très légers; en général, ils ne cessent pas tout de suite avec l'éruption, qui commence au tronc et continue à se faire pendant plusieurs jours d'une manière successive; les vésisicules augmentent de volume pendant deux ou trois jours; elles sont discrètes, ordinairement très éloignées les unes des autres; les unes acuminées, les autres aplaties. Le deuxième ou le troisième jour, le liquide se trouble, devient laiteux, les vésicules sont flasques, affaissées; le quatrième jour, une aréole rouge en entoure quelques-unes; le cinquième, elles se dessèchent; le sixième, elles sont remplacées par de légères écailles brunâtres qui tombent le huitième ou le dixième jour et laissent quelquefois de petites cicatrices.

La varicelle n'est pas contagieuse; elle n'est pas inoculable. Elle règne souvent épidémiquement, quelquefois conjointement avec une épidémie de variole.

Diagnostic. La varicelle a été confondue avec la variole modifiée (varioloïde), dont elle diffère par l'absence de pustules déprimées; par ses caractères franchement vésiculeux; l'impossibilité de se transmettre par inoculation; ses caractères non contagieux.

Traitement. Très simple : un air tempéré; des boissons tièdes; le séjour au lit ou même à la chambre.

MILIAIRE.

Sudamina; febris miliaris; millet; purpura alba; purpura rubra; papula sudoris; hydroa-suetto-miliaire.

Définition. Éruption de vésicules dont la plupart ne dépassent pas le volume d'un grain de millet, répandues en nombre variable sur des surfaces plus ou moins étendues, accompagnant le plus souvent quelque autre affection beaucoup plus grave.

Miliaire épidémique. — Symptômes précurseurs. — État d'abattement remarquable; fièvre; sueurs; tendance à la syncope; sentiment de constriction au thorax, très pénible; mollesse, intermittence du pouls. Durée : de trois à six et huit jours.

Éruption. N'allége pas la violence des symptômes précurseurs; principalement au tronc, sur le thorax et le col; rarement à la face. Elle occupe des surfaces plus ou moins étendues; rarement générale. Petites vésicules groupées, et plus ou moins rapprochées en plaques d'une étendue variable; quelquefois confluentes, et alors quelques véritables bulles. Les vésicules d'abord brillantes, d'une transparence cristalline; on dirait des gouttelettes d'eau limpide, ou des gouttes de sueur déposées à la surface de la peau; plus tard globuleuses, d'un aspect laiteux.

Quelquefois rougeur érythémateuse très prononcée des surfaces couvertes de vésicules (M. rubra); plus tard, apparence perlée remarquable (M. alba).

Terminaison. Par résolution, exfoliation épidermique. Terminaison des symptômes généraux de suette, ou de fièvre bilieuse, vers la fin du troisième ou quatrième septenaire.

Causes. Quelquefois la miliaire est un épiphénomène de peu d'importance; elle peut précéder l'éruption de la variole, de la rougeole; elle se montre dans le cours de fièvres graves; on lui donne justement alors le nom de sudamina.

La miliaire est épidémique; elle atteint surtout les adultes, les individus d'un tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin; les femmes plus facilement que les hommes. Elle règne particulièrement dans les grandes chaleurs, surtout dans les étés où la sécheresse est très grande.

La miliaire, quelquefois idiopathique, se développe chez des personnes en bonne santé, à la suite d'un violent exercice, dans les chaleurs de l'été.

Diagnostic. Les vésicules de la miliaire ne pourraient être confondues qu'avec celles de l'eczema; mais les circonstances dans lesquelles elles apparaissent, leur marche aiguë, leur courte durée, les distingueront facilement. D'ailleurs, les vésicules de la miliaire, plus volumineuses que celles de l'eczema, sont toujours isolées. Il n'y a pas de différence, comme éruption, entre les sudamina et la miliaire.

Pronostic. La miliaire épidémique constitue seule une maladie sérieuse, dont la terminaison est souvent funeste; l'apparition des sudamina ne modifie en rien le pronostic des maladies dans le cours desquelles ils apparaissent.

Traitement. Le traitement de l'éruption n'est rien, c'est l'affection générale qu'il faut combattre.

QUATRIÈME GENRE.

ÉRUPTIONS SPÉCIFIQUES CHRONIQUES.

Ici encore nous trouvons des éruptions spécifiques, ayant besoin pour se développer d'une cause spéciale, toujours la même.

Comme pour celles qui composent le genre précédent, leur apparition trahit une infection générale. Elles en diffèrent en ce qu'elles ne sont point accompagnées d'un cortége fébrile, qu'elles n'ont point de périodes fatales, de marche régulière, que le poison morbide qui leur a donné naissance ne s'épuise pas, pour ainsi dire, dans une crise aiguë, qu'elles trahissent au contraire une imprégnation générale de l'économie, qui peut durer, qui dure souvent la vie entière.

Les éruptions spécifiques aiguës constituent à elles seules toute la maladie; les éruptions spécifiques chroniques n'en sont souvent qu'un des symptômes, accompagné, compliqué d'autres manifestations ayant sinon la même forme, le même siége, au moins la même nature.

Variées dans leur expression, les éruptions qui composent le quatrième genre des inflammations dépendent toutes d'un même principe : c'est une seule et même maladie, à physionomie multiple. Leur marche est essentiellement chronique. Leur durée peut être fort longue. Elles peuvent se représenter plusieurs fois dans la vie, soit comme dépendant d'un seul et même empoisonnement éloigné, soit comme résultant d'un empoisonnement plus récent, d'une infection nouvelle.

Ces éruptions empruntent à leur origine un cachet particulier, qui les distingue des éruptions non spécifiques, représentées par le même tissu élémentaire. On les a appelées *syphilides*.

SYPHILIDES (1).

Nous entendons, avec Alibert et Biett, par syphilides toutes les maladies de la peau qui se développent sous l'influence de l'infection syphilitique.

Pour ceux qui avec nous croient à l'antiquité absolue de la syphilis, ces maladies ont été évidemment connues par les anciens, qui, ne pouvant en apprécier la nature, ne les ont que très imparfaitement indiquées. C'est à grand'peine que l'on en retrouve des traits épars dans les éruptions à forme ulcéreuse, dans certaines maladies à siége particulier, décrites sous les termes généraux de *fics*, de *condylomes*, etc., et que les auteurs semblent rapporter à une cause contagieuse indéterminée.

Plus tard, et surtout au moyen âge, les éruptions vénériennes ont été bien certainement confondues dans le type complexe dont on a fait la *lèpre*, et qui comprenait, à n'en pas douter, non-seulement la véritable lèpre tuberculeuse, mais encore d'autres maladies de la peau, présentant un caractère de gravité et quelquefois de contagion.

Il faut arriver à l'épidémie du XIVe siècle pour trouver signalées d'une manière à peu près certaine des éruptions à forme spéciale, développées sous l'influence de l'infection syphilitique. Sans essayer d'ailleurs de faire la part de ce qui revient réellement à la syphilis dans les affections cutanées décrites par les auteurs contemporains, nous voyons qu'elles sont généralement désignées sous le nom de *pustules*, avec des appellations diverses qui se proposaient d'en spécifier les caractères principaux. C'est ainsi qu'on les trouve indiquées dans N. Massa, A. Galli, Torella, etc.

Dès cette époque aussi, on leur voit attribuer, indépendamment d'une gravité, exagérée peut-être, certains caractères spéciaux; ainsi la tendance à l'ulcération, une coloration particulière, tantôt d'un rouge sombre, tantôt d'un gris cendré, et qui paraît avoir été surtout bien appréciée par Fallope, qui la comparait à celle de la chair de jambon; ainsi la forme arrondie que les observateurs ont constatée notamment dans la maladie décrite sous le nom de *corona veneris*.

Depuis le XVe siècle jusqu'à nous, les éruptions vénériennes ont presque sans exception été confondues toutes sous la dénomination de *pustules* : on les retrouve, avec cette acception, dans Fabre, dans Astruc, dans B. Bell, mais sans qu'aucun effort soit fait pour préciser la valeur distinctive des divers types qui constituaient le faisceau de ces maladies. Cullerier l'oncle est le premier qui ait entrepris de soumettre l'étude des maladies vénériennes de la peau à une classification méthodique qui en facilitât la description et l'étude. Conservant le terme de pustules, qu'il trouvait, pour ainsi dire, consacré, il en admit un certain nombre correspondant à des éruptions spéciales distinctes : les *pustules ulcéreuses*, les *pustules tuberculeuses*, les *pustules formiées*, les *pustules galeuses* et les *pustules croûteuses*.

Cette division présentait, surtout pour le diagnostic, des défauts importans que nous n'avons pas l'intention de discuter, mais dont le principal était de confirmer l'emploi d'une dénomination que son sens trop général devait faire rejeter. C'est ce que comprit Alibert, lorsque s'appropriant la classification de Cullerier, il la modifia en substituant au terme de *pustules* celui de *syphilides*, mot heureux, en ce qu'il était pour les éruptions vénériennes une dénomination propre qui avait le double mérite d'offrir une signification spéciale et de préciser la nature même des maladies qu'elle déterminait.

C'était un grand pas de fait. Biett compléta l'heureuse innovation d'Alibert en appliquant à l'étude des syphilides la méthode de Willan, c'est-à-dire en spécifiant les véritables caractères qui doivent séparer entre elles les diverses espèces d'éruption.

Les syphilides se présentent avec trois ordres de caractères différens : les *symptômes communs*, propres aux diverses espèces et pouvant se rencontrer dans toutes; les *symptômes particuliers*, servant à caractériser et à distinguer entre elles les différentes formes; les *symptômes concomitans*, qui constituent des complications plus ou moins graves, développées en même temps que les éruptions sous l'influence de la syphilis.

SYMPTÔMES COMMUNS. Quelle que soit la forme particulière que revêtent les syphilides, et avant tout examen de détail, elles ont une physionomie générale, résultant d'un ensemble de traits spéciaux qui appartiennent à toute éruption syphilitique. Cet aspect est si caractéristique, qu'avec un peu d'habitude on peut les reconnaître à distance, au milieu d'autres maladies de la peau non spéciales.

L'étude et la recherche de ces symptômes ont une très grande importance au point de vue du diagnostic, puisque,

(1) Nous ne pouvons que traiter un peu rapidement ici le vaste et important sujet des Syphilides, qui touchent à tant de questions graves. Pour plus de détails, voir mon *Traité des Syphilides*, in-8, p. 43. Chez Labé.

dans certains cas et alors que toute lésion primitive a disparu, ils peuvent être le seul caractère qui rende encore possible l'appréciation des syphilides. On a prétendu les nier, mais quoi qu'on ait pu dire de leur valeur, ils sont acquis à l'observation et ils jouent évidemment un rôle considérable dans l'histoire de ces maladies.

Les symptômes communs sont la coloration, la forme, la marche, les lésions secondaires.

Coloration. En général, toute éruption syphilitique a une teinte particulière plus ou moins distincte et décisive selon telle ou telle circonstance, et qui échappe à toute définition précise.

Appréciée par un grand nombre d'observateurs, qui ont essayé de lui assigner des caractères exacts, elle a reçu différens noms : nous savons déjà que Fallope la comparait à la *chair de jambon;* mais les définitions qu'on en a données n'ont jamais pu que mettre en relief tel ou tel des tons qui constituent cette teinte sombre, grisâtre, même quand elle est le plus caractéristique. A la fin du siècle dernier, Swédiaur lui avait appliqué la dénomination de *rouge cuivreux* ou *cuivré.* Vraie dans un grand nombre de cas, cette définition avait le tort de n'être ni constamment ni absolument exacte. Les auteurs qui ont essayé de nier la syphilis se sont fait un argument de ces exceptions pour repousser la spécificité de forme et de nature qui est le type de cette maladie; dans un autre ordre d'idées, on a conclu de cette incertitude qu'il n'était ni logique ni prudent de faire de la couleur un élément de diagnostic.

Cette conclusion peut paraître spécieuse, si l'on veut faire du rouge cuivreux le type absolu de la coloration syphilitique, si l'on veut attribuer à la dénomination admise par Swédiaur une valeur exclusive. Mais il n'en est plus de même si, dans les limites de l'observation et de la pratique, on admet pour les éruptions vénériennes une coloration particulière, sans prétendre la définir d'un seul mot, à l'aide d'une comparaison qui ne saurait être rigoureusement exacte. Ce qui est vrai, quoi qu'on en ait pu dire, c'est que ces formes, si curieuses à tant de titres, ont pour caractère constant de se présenter avec une couleur qui leur est propre, couleur toujours sombre, terne, obscure, variant depuis le rouge cuivré, qui en est, si l'on veut, l'expression la plus complète dans un sens, jusqu'au gris qui en serait l'extrême opposé dans un autre. Ces deux types et toute la gamme de tons qui les séparent constituent cette coloration spéciale que l'on ne doit pas essayer de définir, et que j'ai cru devoir appeler la *teinte syphilitique.*

Ce qui est vrai encore, c'est que ce caractère ne manque jamais; que plus ou moins marqué sans doute, il imprime aux syphilides un cachet qui leur est propre et qui est d'une incontestable ressource pour le diagnostic.

La teinte syphilitique existe à des degrés divers, dans toutes les formes de syphilides. On en a placé le siége dans le réseau capillaire artériel et veineux ; mais l'observation démontre que l'influence des phénomènes de congestion des vaisseaux est là en raison inverse de cette hypothèse. Ainsi la teinte est d'autant moins marquée que, soit par une cause accidentelle, soit par l'effet d'une inflammation semi-aiguë, il y a un état congestif plus intense : elle est, au contraire, plus apparente à mesure que l'inflammation cesse ou qu'il y a retrait du sang des vaisseaux capillaires. Ce qui suffirait à le démontrer, c'est que cette couleur spéciale ne disparaît que très incomplétement sous la pression du doigt.

Il faut conclure de ces faits que la teinte syphilitique dépend d'une lésion de sécrétion de la matière colorante; elle emprunte d'ailleurs une partie de son cachet spécial à une modification de la peau tout entière : cet état particulier de la peau est à son apogée chez les individus affectés de cachexie syphilitique. Chez ceux-ci, en effet, la peau est flétrie, comme décolorée, et c'est alors surtout que la teinte des éruptions a, localement, cet aspect terne grisâtre, violacé, si caractéristique dans les éruptions anciennes ou chez les vieillards. Au contraire, chez les sujets jeunes, dans les syphilides récentes et surtout primitives, l'altération de la peau est moins profonde, et alors la teinte est d'un rouge plus franc, quoique toujours sombre; c'est alors qu'on pourrait leur appliquer la dénomination de rouge cuivré.

En résumé, les syphilides ont pour caractère commun très remarquable une coloration spéciale, manifeste, bien qu'influencée par certaines circonstances relatives à l'éruption elle-même, à sa forme, à son siége, à son ancienneté, etc. Cette couleur échappe à une définition précise : elle doit être appréciée sous le terme général de *teinte syphilitique.*

Forme ronde. — Parmi les symptômes communs, il en est un bien curieux, quoique moins général et aussi moins spécial, puisqu'on le rencontre quelquefois dans des maladies de la peau non syphilitiques, c'est la tendance à affecter une forme arrondie. Je ne parle pas ici de la forme en anneaux qui est le caractère essentiel de certaines éruptions simples, comme l'*herpès*, la *lèpre vulgaire*, et qu'à ce titre, on retrouve nécessairement dans les mêmes maladies de nature spéciale, mais je signale cette disposition orbiculaire qui existe dans certaines éruptions développées spécialement sous l'influence de la syphilis. Ce caractère est très remarquable, par exemple, dans la syphilide tuberculeuse, au point qu'à certains siéges, au visage, au front, par exemple, elle a fait donner à l'éruption la dénomination expresse de *corona veneris.*

Cette tendance à la forme ronde est encore et surtout bien remarquable dans la syphilide serpigineuse. Si étendue que soit cette éruption, si modifiée qu'elle puisse être par son ancienneté, on retrouve à tous les points des larges surfaces qu'elle a labourées, des fragmens de cercle qui accusent le développement orbiculaire de l'éruption à toutes ses phases, dans toutes ses parties.

Marche. — Les éruptions syphilitiques se présentent avec un caractère de chronicité remarquable. Dans quelques cas cependant, rares d'ailleurs, on a pu signaler l'existence de quelques symptômes précurseurs, d'un état général à la manière des éruptions aiguës dans la syphilide exanthématique, par exemple.

Le développement des syphilides a lieu, se continue le plus souvent et apparaît sans inflammation : il y a peu de chaleur, peu de douleur; le prurit est nul ou presque nul, même dans les formes ordinairement prurigineuses, comme le lichen. Les lésions élémentaires affectent une marche toujours lente. Ainsi les vésicules ont une durée individuelle plus longue que dans les éruptions simples : elles persistent pendant quatre, cinq, six, sept et huit jours; elles se flétrissent sur place, sans donner lieu à une sécrétion séreuse tant soit peu abondante. Les pustules reposent souvent sur une base indurée considérable, mais elles se terminent par un point suppuré à peine sensible.

L'évolution générale des syphilides se fait avec une lenteur remarquable, même dans les éruptions à forme ulcéreuse, qui pourtant affectent quelquefois une grande énergie. Les ulcères sont, en général, chroniques; quand ils se modifient, c'est par une cicatrisation lente et difficile.

Il faut reconnaître que ce caractère constant de chronicité a été démenti, dans quelques cas, par des exceptions très remarquables. Ainsi les syphilides ont pu se manifester, au contraire, avec une marche aiguë très intense, se développer avec un ensemble de phénomènes si énergiques, qu'elles ont constitué des affections redoutables, presque toujours mortelles. Mais alors aussi la gravité de la maladie tenait très évidemment à des conditions individuelles dont il n'était pas possible d'ailleurs de préciser la valeur.

Lésions secondaires. — Les lésions secondaires des syphilides se présentent avec des caractères particuliers aussi, qui en font un symptôme commun très utile souvent pour le diagnostic.

Les *squames* sont ordinairement très minces, très sèches, adhérentes, grisâtres, comme flétries et décolorées. Elles ne recouvrent qu'incomplétement les points affectés, et sont terminées à leur circonférence par un liséré plus blanc que le reste de la plaque écailleuse, et que Biett regardait comme un signe pathognomonique. Il faut ajouter qu'elles se détachent et tombent plus difficilement que les squames ordinaires; qu'elles se reproduisent aussi avec plus de lenteur; qu'elles forment, dans certains cas, une véritable matière cornée, caractéristique. Les croûtes sont inégales, épaisses, d'un brun verdâtre, quelquefois noires. Dures, comme sillonnées, très adhérentes, elles correspondent à des destructions de tissu, plus ou moins étendues et profondes. Quand elles recouvrent des surfaces ulcérées, elles sont plus larges à leur base qu'à leur centre; la circonférence en est mollasse, cédant à la pression du doigt. Si, au contraire, les croûtes reposent sur des ulcérations déjà cicatrisées, elles sont racornies, comme ratatinées; elles sont plus sèches et pénètrent plus profondément dans les tissus : leur circonférence présente çà et là de petits mamelons irréguliers, entourés d'une sorte de frange squameuse blanchâtre.

Les *ulcérations* qui accompagnent les syphilides ou qui leur succèdent se présentent avec des caractères spéciaux, propres d'ailleurs à tous les symptômes ulcéreux de la syphilis.

Dans l'ecthyma syphilitique, elles sont bien arrondies, comme faites à l'emporte-pièce; superficielles dans les formes pustulo-crustacées, et notamment dans l'ecthyma impétigineux, elles sont irrégulières dans la syphilide tuberculeuse, où souvent elles s'étendent de proche en proche, procédant par une série de destructions successives connues dans la syphilide serpigineuse.

La tendance à détruire qui caractérise certaines formes des syphilides, ne se manifeste pas seulement par voie d'ulcération. Quelquefois, la destruction a lieu sans plaie, par une sorte de dégénérescence et d'absorption du tissu. C'est dans la syphilide papuleuse et dans certaine variété de la syphilide tuberculeuse que l'on observe ce phénomène très curieux.

Les *cicatrices* ont aussi un cachet qui leur est propre, bien qu'avec des caractères variés qui traduisent aussi exactement que possible le mode de destruction qui leur a donné lieu.

Rondes, bien délimitées dans l'ecthyma, elles accusent par leur mollesse, leur laxité, leur aspect lisse et leur transparence la profondeur des ulcérations auxquelles elles succèdent. Elles sont, au contraire, plus superficielles, irrégulières, après les syphilides pustulo-crustacées ou vésiculo-pustuleuses. Très étendues dans la syphilide serpigineuse, elles occupent quelquefois les épaules tout entières, une grande partie du dos, et elles présentent alors une surface de couleur variable, selon leur ancienneté, ou violacée, ou rougeâtre, ou blanche. Si l'on décompose cette vaste cicatrice, on voit qu'elle est formée d'une foule de petits îlots un peu enfoncés, surtout en de certains points où la dépression est comme gaufrée. Ces îlots semblent liés entre eux par des brides tendues, offrant çà et là des nodosités plus dures, plus saillantes, qui semblent être des points d'intersection ou de réunion de ces brides. Ces cicatrices rappellent, par leurs caractères tout particuliers, le mode de destruction ulcérative qu'elles remplacent. On voit évidemment qu'elles ont succédé à un nombre plus ou moins grand d'ulcérations isolées, circonscrites sur des points de deux à trois centimètres au plus, développées successivement et par une progression excentrique souvent indéfinie.

Si la destruction a eu lieu sans ulcère, sans plaie, les cicatrices sont petites, superficielles, unies, quelquefois saillantes, comme bombées.

En général, les cicatrices récentes offrent une coloration brunâtre, comme bronzée; elles sont lisses, quelquefois saillantes. Plus tard, elles s'affaissent, deviennent de plus en plus blanches, déprimées, tendues, lisses, bridées.

Enfin, la peau elle-même peut avoir une physionomie caractéristique. Sur les points où il n'y a pas d'éruption, elle est terne, décolorée; elle a perdu de ses qualités normales et notamment de son éclat. Elle est quelquefois le siége d'un œdème léger, d'une sorte de bouffissure. Ces caractères existent surtout dans ce que l'on appelle l'état cachectique. Le malade peut alors exhaler une odeur spéciale, *sui generis*.

Symptômes particuliers. — Les différentes formes de syphilides sont caractérisées par des lésions élémentaires qui ont servi de base à la classification à laquelle Biett avait soumis la description de ces maladies, et qui se rapportent aux divers types des éruptions non spéciales. L'étude de ces lésions a permis de diviser les syphilides en six espèces, que nous allons décrire successivement. Ce sont les syphilides *exanthématique, vésiculeuse, pustuleuse, papuleuse, squameuse, tuberculeuse.*

Syphilide exanthématique. — Cette variété a pour caractères des taches irrégulières, distinctes, plus ou moins nombreuses et larges, d'abord d'un rouge cuivré, plus tard d'une teinte grisâtre qui s'efface et pâlit lentement, taches qui disparaissent, mais incomplétement sous la pression du doigt, et laissent quelquefois après elles une desquamation légère.

La syphilide exanthématique peut être précédée et annoncée par quelques symptômes généraux, un peu de malaise, dans quelques cas même, un léger mouvement fébrile. Elle ne donne lieu à aucune ulcération, à aucune cicatrice; seulement, elle peut laisser après elle des empreintes ternes qui persistent long-temps.

L'exanthème syphilitique se présente sous deux formes distinctes. Ou bien il consiste dans une éruption de taches très superficielles, larges, irrégulières, siégeant surtout à la poitrine, au cou, aux membres supérieurs, bien que je l'aie observé au ventre, aux cuisses. L'éruption est précédée ou accompagnée de malaise, de douleurs vagues, souvent d'une angine plus ou moins intense, caractérisée par une rougeur violacée des muqueuses de toute la cavité buccale, par une sécheresse incommode, une difficulté pénible de la déglutition, compliquée quelquefois d'ulcérations spécifiques. Ces taches peuvent persister pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, sans présenter de modifications notables : elles sont plus apparentes sous l'influence du froid, du retrait du sang des vaisseaux capillaires : à la fin de l'éruption, elles ne consistent plus que dans des points grisâtres si légers, qu'on ne peut les apprécier qu'en les regardant à contre-jour. C'est le *roseole*, maladie quelquefois semi-aiguë, symptomatique, dans certains cas, d'une syphilis primitive, mais le plus souvent symptôme secondaire.

Ou bien l'exanthème se manifeste sous forme de plaques peu étendues, bien circonscrites, arrondies, légèrement saillantes, occupant surtout les membres. Ces taches ont une durée très courte, de un à deux jours : elles constituent un symptôme éphémère, toujours primitif. On les a souvent prises pour une éruption déterminée par l'ingestion du copahu. C'est l'*érythème*.

Syphilide vésiculeuse. — Cette forme a été considérée comme excessivement rare; mais l'observation m'a permis de constater, au contraire, qu'elle était plus commune qu'on ne le croit encore généralement. Quoi qu'il en soit, la première observation complète a été publiée en 1828, par Schedel et par moi.

Depuis, j'en ai recueilli un grand nombre de cas. Elle peut se présenter sous tous les types divers qui affectent les éruptions vésiculeuses, non spéciales; ainsi elle revêt les caractères de l'*eczema*, de l'*herpès*, de la *varicelle*.

La syphilide vésiculeuse est quelquefois caractérisée par une éruption de vésicules petites, légèrement saillantes, agglomérées en groupes irréguliers, distincts, isolés, reposant sur une surface d'un rouge obscur ou cendré, mais sans inflammation tant soit peu intense. Ces vésicules sont dures, résistantes; elles persistent pendant quelques jours, et se flétrissent sur place, laissant après elles une teinte sombre bien caractéristique. Dans quelques cas, elles se déchirent et sont remplacées par de petites croûtes superficielles avec ulcération. C'est l'*eczema syphilitique.*

Quelquefois les vésicules sont plus nombreuses, réunies en groupes plus étendus, reposant sur une aréole plus rouge. La sérosité qu'elles renferment se trouble bientôt, devient sero-purulente, et donne lieu à la formation de croûtes épaisses, noirâtres, assez adhérentes, dures, inégales, sillonnées, présentant enfin des caractères tout à fait spéciaux. Ces croûtes peuvent reposer alors sur des ulcérations plus ou moins étendues et profondes, quelquefois taillées à pic, entourées d'une aréole cuivrée et remplacées par des cicatrices. J'en ai vu un exemple très remarquable chez une femme affectée d'une syphilide vésiculeuse qui avait envahi toute la partie antérieure de l'abdomen. C'est l'*eczema impetigineux syphilitique.*

Il n'est pas rare de voir la syphilide vésiculeuse se présenter sous la forme de petits disques arrondis, constitués par des vésicules très petites, passant avec une grande rapidité. Ces disques s'étendent par un mouvement excentrique qui laisse leur centre sain et évidé. Cette forme, très remarquable par sa superficialité, par sa teinte cuivrée manifeste, constitue l'*herpès circiné syphilitique.*

J'ai observé encore une variété de cette dernière forme de la syphilide vésiculeuse, très curieuse, qui n'a jamais été

décrite, que l'on a long-temps méconnue et dont il importe de bien préciser l'existence et les caractères. Elle est constituée encore par l'éruption de disques très petits, de la largeur d'un centime au plus, très nombreux, répandus ordinairement sur la poitrine et les membres supérieurs. Ils sont, en général, d'une teinte sombre, grisâtre, recouverts de vésicules très ténues, très éphémères et dont il est souvent très difficile de constater la présence. Mais ce qui les caractérise surtout, c'est une sorte de soulèvement de leur centre, qui semblerait distendu en entier par un liquide séreux qui se résorberait, laissant la petite plaque recouverte d'une pellicule squameuse qui, détachée à ses bords, présente à sa circonférence un petit liséré blanchâtre qui a une grande valeur pour le diagnostic. C'est ce que j'ai appelé l'*herpès squameux syphilitique.*

Enfin, la syphilide vésiculeuse peut être caractérisée par des vésicules volumineuses, disséminées, transparentes, comme globuleuses, reposant sur une aréole cuivrée. Elles sont distendues par un liquide séreux qui se trouble lentement; elles deviennent opaques, grisâtres; elles ont, en général, une durée individuelle plus ou moins longue; elles persistent pendant sept, huit et même dix jours. Elles sont remplacées par de petites croûtes, qui, en tombant, laissent après elles des empreintes brunes ou grisâtres qui persistent assez long-temps. C'est la *syphilide à forme de varicelle,* maladie qui dure de trois à quatre semaines.

La syphilide vésiculeuse se présente sur tous les points du corps, excepté peut-être au visage, où elle est très rare. C'est quelquefois son symptôme primitif, le plus souvent secondaire.

Syphilide bulleuse.— Cette espèce se présente avec des caractères que l'on pourrait appeler exceptionnels, et qui en font une maladie à part que l'on n'a surtout observée jusqu'à présent que sur les enfans nouveau-nés, bien que j'aie vu plusieurs cas de pemphigus syphilitique chez des adultes.

Signalée en 1834 par le Dr Krauss, elle a été observée depuis, un grand nombre de fois, par M. le professeur Dubois; j'en ai recueilli moi-même plusieurs observations. Elle consiste dans la présence de bulles volumineuses, irrégulières, développées au moment de la naissance et siégeant à la paume des mains ou à la plante des pieds. Quelquefois il n'y a qu'une seule bulle; dans d'autres cas, il y en a deux ou trois. Elles contiennent un liquide séro-purulent et reposent sur une large aréole violacée. Elles peuvent être remplacées par des ulcérations syphilitiques : c'est le *pemphigus des nouveau-nés*, affection congénitale, c'est-à-dire développée sous l'influence d'une infection primitive existant chez le père ou la mère soit au moment de la conception, soit chez la mère pendant la grossesse. Toujours primitive à ce titre, cette syphilide est constamment un très fâcheux symptôme.

Le plus souvent la syphilide bulleuse est caractérisée par des bulles, isolées, irrégulièrement arrondies, mal distendues par une sérosité noirâtre, reposant sur une aréole d'un rouge sombre. Le liquide qu'elles contiennent se dessèche et forme une croûte très brune, noire, dure, plus épaisse au centre qu'à la circonférence, conique, très adhérente, reposant sur une base violacée et pouvant persister très long-temps. A sa chute, elle laisse voir une ulcération profonde, caractéristique.

Cette variété peut siéger sur tous les points de la surface du corps; mais elle semble affecter de préférence les membres inférieurs. Je l'ai vue, dans quelques cas, affecter un caractère de généralité très remarquable. Les bulles étaient alors d'un volume à peu près uniforme, quelquefois très nombreuses, et, sous cette forme, on a pu les prendre pour des pustules d'ecthyma.

Elle peut consister, au contraire, dans l'éruption d'une ou deux bulles, très larges, remplacées par des ulcérations qui s'étendent progressivement par leur circonférence, siége incessant d'un travail ulcératif nouveau, et peuvent envahir une surface considérable, en même temps qu'elles se cicatrisent sur les points précédemment affectés.

Ces différens caractères constituent le *rupia syphilitique,* affection toujours secondaire.

Syphilide pustuleuse. — Curieuse au point de vue de la diversité de ses caractères, cette espèce emprunte un véritable intérêt à l'appréciation exacte qu'il convient d'en faire et qui a rendu souvent difficile l'abus qu'on a fait du terme de *pustules* appliqué aux éruptions vénériennes en général. Elle forme plusieurs variétés bien distinctes.

Le plus souvent elle consiste dans une éruption de *boutons*, discrets, isolés, de la grosseur et de la forme de lentilles, répandus irrégulièrement sur des surfaces plus ou moins étendues, toujours d'un rouge franchement cuivré, sans aréole inflammatoire. Ces petits boutons présentent à leur sommet un point purulent très petit, qui suppure très incomplétement, et est remplacé par une cicatricule à peine perceptible. Cette éruption siége principalement au dos, au visage où elle peut simuler l'acné, aux membres supérieurs. Très souvent ces élévations, dont le caractère pustuleux échappe, affectent une forme aplatie, et c'est à ce caractère qu'elles doivent d'avoir été prises pour des papules. Elles ont d'ailleurs une marche chronique, ne donnent jamais lieu à des ulcérations. C'est la *syphilide pustuleuse lenticulaire*, affection ou primitive ou secondaire.

La syphilide pustuleuse peut être caractérisée par des pustules d'un volume variable, globuleuses, complétement purulentes, réunies en groupes, mais sans se confondre, reposant sur une surface d'un rouge cuivré.

Quelquefois précédée et annoncée par un peu de malaise et de courbature, cette éruption siége surtout au ventre, aux fesses, à la partie interne des cuisses. Malgré l'apparence d'acuité qu'elle revêt au début, elle a une marche lente.



E. Bocourt pinx.

Coupé sculp.

Siphilide pustuleuse..

(Impetigo)

Impie de Bougeard.



Bocourt pinx.t

Choubart sculp.

Rupia Syphilitique.

Imp.e par Charlon aîné et Aze.



E. Bocourt pinx. Visto sc.

Syphilide tuberculeuse.

Impr. de Bougeard.

Les pustules ont une durée individuelle longue, à moins qu'elles ne soient déchirées accidentellement; elles sont remplacées par des croûtes brunes, peu épaisses, plus larges que la pustule qui leur a donné naissance, qui se sèchent peu à peu et laissent, en tombant, de petites cicatrices. Quelquefois plusieurs pustules se confondent, donnent lieu à une croûte large qui recouvre une ulcération plus ou moins étendue, superficielle, à laquelle succède une cicatrice plus caractérisée que dans le cas précédent : c'est l'*impetigo syphilitique non confluent.*

La syphilide pustuleuse peut se présenter avec des caractères plus graves.

Précédée d'un véritable état fébrile, elle débute par une rougeur vive, par une tuméfaction sensible des points affectés. Bientôt apparaissent des pustules petites, nombreuses, confluentes, reposant sur une surface enflammée. Elles se déchirent plus rapidement et sont remplacées par des croûtes molles, verdâtres, noires en certains points, irrégulières, comme étagées. A leur chute, celles-ci laissent voir des ulcérations grisâtres, peu profondes, donnant lieu à une sécrétion purulente qui forme de nouvelles croûtes; celles-ci deviennent de plus en plus sèches et sont remplacées à leur tour par des cicatrices bien caractérisées : c'est l'*impetigo syphilitique confluent*, symptôme toujours consécutif, rare aux membres inférieurs, mais affectant une triste prédilection pour le visage.

Il existe enfin une forme de syphilide pustuleuse, très intéressante en ce que, dans certains cas, on lui a attribué une valeur très controversée. Cette forme est caractérisée, en général, par des pustules larges, isolées, discrètes, avec une base indurée, complétement purulentes, et donnant lieu à la formation de croûtes épaisses, noirâtres, adhérentes, qui recouvrent des ulcérations caractéristiques remplacées par des cicatrices : c'est l'*ecthyma syphilitique*, qui se comporte de deux manières bien différentes et forme ainsi deux variétés distinctes.

Dans la première, l'éruption est caractérisée par des pustules larges, phlysaciées, bien arrondies, saillantes, globuleuses, mais superficielles et sans induration marquée à leur base. Elles se déchirent de bonne heure, et le liquide épais qu'elles contiennent forme des croûtes épaisses, rugueuses, brunâtres, peu adhérentes, relevées à leurs bords. En tombant, ces croûtes laissent à découvert des ulcérations peu profondes, mais très caractéristiques, qui sont remplacées par des cicatrices souvent légères : c'est l'*ecthyma syphilitique superficiel.*

Dans la seconde, la syphilide se manifeste par quelques pustules rares, répandues çà et là sur les bras, surtout aux membres inférieurs. Ces pustules sont ordinairement très larges, arrondies, plus souvent ovalaires. Elles débutent par une plaque d'un rouge violacé, qui se soulève et forme bientôt une collection de pus comme sanguinolent, reposant sur une base livide, indurée, entourées quelquefois d'un boursouflement de la peau qui forme une espèce de bourrelet. Le liquide se concrète et donne lieu à la formation d'une croûte épaisse, bombée, pénétrant profondément dans les tissus sur lesquels elle repose. Cette croûte se dessèche de plus en plus, devient noire, très dure; plus tard, elle semble s'affaisser au centre, se ratatiner sur elle-même; et, à mesure que l'éruption se modifie, elle se détache à ses bords, comme frangés de débris lamelleux formés par l'épiderme environnant.

Si l'on détache les croûtes, ou si elles tombent d'elles-mêmes, elles laissent voir, selon l'état de la maladie, ou des ulcérations profondes, à bords taillés à pic, dont le fond grisâtre est hérissé de petites granulations rouges, ou bien des empreintes cuivrées, où la peau détruite est remplacée par des cicatrices rondes, déprimées. C'est l'*ecthyma syphilitique profond.*

L'ecthyma syphilitique, surtout sous la forme superficielle, est souvent un symptôme primitif. Il peut accompagner le chancre ou la blennorrhagie : il peut aussi apparaître seul, par exemple, chez les enfans infectés par leur nourrice, ou dans les cas de syphilis congéniale.

Cette forme a été inoculée avec ce que l'on appelle des résultats caractéristiques, et les faits de cette nature, aujourd'hui assez nombreux d'ailleurs, ont donné lieu à des controverses qui ont un grand intérêt au point de vue de l'histoire de la syphilis, puisqu'il en résulterait que cette forme peut être contagieuse, sans qu'il y ait, comme on l'a prétendu, de chancre cutané.

L'*ecthyma syphilitique profond* est presque toujours un symptôme secondaire.

Syphilide tuberculeuse. — Caractérisée, en général, par de petites tumeurs pleines, solides, résistantes, ne contenant ni sérosité ni pus, variables quant à leur forme, leur volume, leur nombre, leur disposition, siégeant sur tous les points de la surface du corps, mais notamment au visage, cette forme se subdivise en plusieurs variétés très curieuses, qui se rapportent à deux types principaux, selon qu'elles n'ont pas de tendance à l'ulcération ou qu'elles offrent, au contraire, le caractère ulcéreux à un degré plus ou moins intense.

Sous le premier type, ou bien les tubercules sont peu volumineux, bien arrondis, saillans, d'une teinte cuivrée manifeste : ils sont disposés assez régulièrement en petits cercles, d'un diamètre variable, toujours séparés, d'ailleurs, par de petits intervalles appréciables, où la peau, comme celle de la surface centrale, a une couleur spécifique; recouverts incomplétement de petites squames dures, grisâtres, ils ne s'ulcèrent jamais; ils se terminent par résolution, Ou bien les tubercules sont très petits, luisants, durs, bien saillans, disposés irrégulièrement en groupes sans forme arrêtée : ils se terminent ordinairement sans ulcération, bien que j'aie vu des cas où, après être restés long-temps stationnaires, ces petites tumeurs devenaient tout à coup le siége d'une inflammation ulcérative, quelquefois très intense.

C'est la *syphilide tuberculeuse en groupes,* forme qui siége le plus souvent au visage, aux joues, au front où la première variété a reçu le nom de *corona Veneris.*

Dans quelques cas, la syphilide tuberculeuse consiste dans une éruption de tubercules élevés, saillans, arrondis ou ovalaires, luisans, d'une teinte cuivrée, irrégulièrement épars sur des surfaces plus ou moins étendues. Cette variété se développe très lentement; elle peut durer pendant plusieurs septenaires. Le plus souvent, les tubercules, après avoir atteint le volume d'une petite olive et être restés stationnaires, se terminent par résolution, laissant à leur place une empreinte sombre, quelquefois une cicatrice, bien qu'il n'y ait pas eu d'ulcération. Ce n'est qu'exceptionnellement que cette forme prend le caractère ulcéreux. C'est la *syphilide tuberculeuse disséminée.*

Sous le second type, la syphilide tuberculeuse, toujours plus grave, peut se comporter de deux manières bien différentes.

Dans certains cas, elle est constituée par le développement de tubercules toujours peu nombreux, larges, volumineux, irréguliers, siégeant sur divers points, mais le plus souvent au visage, où ils affectent de préférence le nez, le pourtour de la bouche, les lèvres. Ils ont une tendance essentielle à prendre le caractère ulcéreux et, dans ce cas, ils sont suivis de destructions de tissu quelquefois considérables, surtout chez les sujets lymphatiques, à constitution blanche et molle.

Ce caractère est plus ou moins marqué, d'ailleurs. Souvent l'ulcération se limite après avoir fait quelques progrès; elle peut même n'être que très superficielle et légère. Mais il arrive au contraire que, succédant à des tubercules isolés, toujours volumineux, long-temps stationnaires, elle se développe avec une énergie réellement grave. Les tubercules tendus, douloureux, s'ulcèrent à leur sommet et se recouvrent d'une croûte noire, sèche, épaisse qui tombe, laissant à découvert une ulcération plus étendue, profonde, taillée à pic, sur laquelle se reforme une croûte nouvelle. Les choses peuvent se passer ainsi jusqu'à ce que, par suite de destructions successives, le malade ait subi une mutilation souvent considérable, quelquefois la perte d'une ou des deux ailes du nez, quelquefois de tout cet organe lui-même. Après un temps plus ou moins long, l'éruption se modifie et disparaît laissant, comme traces de son passage, des difformités pénibles, toujours des cicatrices larges, bridées, profondes.

C'est la *syphilide tuberculeuse perforante.*

La seconde forme de cette variété des syphilides est, sans contredit, une des plus curieuses à étudier.

Elle se manifeste par des tubercules volumineux, rouges, durs, assez bien arrondis, disséminés çà et là sur des surfaces peu étendues d'abord. Ces tubercules sont lisses, luisans, d'une teinte franchement cuivrée. Au bout d'un temps variable, ils deviennent le siége d'une inflammation ulcérative bornée à leur sommet, et qui donne lieu à la formation d'une croûte noirâtre, épaisse, dure, saillante, de forme conique. Il se développe, aux limites de l'éruption, de nouveaux tubercules qui suivent la même marche et qui, selon qu'ils sont confluens ou isolés, forment de larges ulcérations ou des points ulcérés distincts qui semblent se continuer les uns les autres. L'éruption peut ainsi s'étendre indéfiniment, entretenue par des tubercules nouveaux, toujours développée aux confins de l'éruption antécédente ou reproduite par des tubercules anciens qui s'ulcèrent de nouveau, et je l'ai vue ainsi envahir et labourer tout le dos, les épaules, gagner la nuque et le cuir chevelu.

A mesure qu'elle s'étend, cette syphilide offre une réunion curieuse de caractères différens : ici, des tubercules encore intacts, et à tous les degrés de développement; là, des tumeurs ulcérées; plus loin, des croûtes; enfin, des cicatrices. Celles-ci présentent, d'ailleurs, de notables différences d'aspect : blanches, comme fibreuses quand elles sont anciennes, elles ont une teinte violacée, une sorte de transparence alors qu'elles sont récentes : dans quelques cas, elles sont tendues, régulières, quoique déprimées; dans d'autres, elles sont tourmentées, sillonnées de brides plus ou moins épaisses, comme celles qui succèdent à des brûlures.

C'est la *syphilide serpigineuse.*

La syphilide tuberculeuse est, en général, un symptôme consécutif.

Dans quelques cas, cependant, elle est bien évidemment primitive et se présente avec un caractère très remarquable, celui d'être éminemment contagieuse.

Cette variété, assez commune d'ailleurs, est caractérisée par de petites tumeurs épaisses, aplaties, rondes, du volume d'une lentille, quelquefois d'un franc, également proéminentes, d'une couleur bien franchement cuivrée.

Presque toujours indolens, ces tubercules peuvent rester long-temps stationnaires, se terminer par résolution, en laissant une petite cicatrice indélébile, assez semblable à celle de l'acné. Dans quelques cas, ils s'ulcèrent à leur sommet et se recouvrent alors d'une petite croûte, dure, saillante, noirâtre. Le plus souvent, ils deviennent le siége d'un suintement sanieux et d'ulcérations superficielles, linéaires, ressemblant à de petites gerçures.

Cette variété semble, d'ailleurs, se comporter différemment, selon certains siéges. Ainsi, au scrotum, à la vulve, à l'anus, à la partie interne des fesses, elle consiste souvent dans une éruption de tubercules nombreux, confluens même, au point de former des plaques plus ou moins étendues, et alors les tubercules ont surtout ce caractère suintant qui les a fait appeler *muqueux.* Au contraire, cette syphilide peut exister à la commissure des lèvres sous forme d'un tubercule unique, bien arrondi, de la largeur d'une lentille environ, d'une teinte bien cuivrée. Ce tubercule aplati devient le siége d'une ulcération linéaire, transversale, qui semble coïncider avec le mouvement de séparation des

lèvres; elle se recouvre de croûtes qui, tombant sans cesse, laissent incessamment après elles un ulcère de plus en plus caractéristique.

C'est la *syphilide à tubercules plats,* connue sous le nom de *pustule plate,* de *tubercule muqueux,* de *plaque muqueuse.* Primitive ou consécutive, elle est bien évidemment contagieuse et, à ce titre, elle appelle toute l'attention des praticiens.

Syphilide papuleuse. — Caractérisée par des élévations petites, pleines, résistantes, ne contenant ni sérosité ni pus, ne donnant lieu ni à des ulcérations ni à des croûtes, cette syphilide se présente sous deux formes différentes qui correspondent à deux variétés distinctes.

Tantôt l'éruption, annoncée par quelques symptômes généraux, de la lassitude, du malaise, de l'anorexie, un petit mouvement fébrile, consiste dans le développement de papules très petites, peu saillantes, coniques, disséminées en très grand nombre sur des surfaces étendues, luisantes, d'une teinte cuivrée remarquable. Ces papules persistent pendant deux ou trois septenaires, sans s'ulcérer jamais. Elles se terminent par résolution et, chose bien curieuse, elles laissent souvent après elles de petites cicatrices déprimées, caractéristiques. C'est le *lichen syphilitique,* forme souvent primitive accompagnant le chancre ou la blennorrhagie. Elle siége sur tous les points du corps, bien qu'elle paraisse affecter de préférence le visage et le cou; elle peut être générale.

Tantôt les papules sont plus larges, du diamètre d'une lentille, quelquefois plus, plates, bien exactement arrondies, d'une teinte cuivrée plus sombre. Moins nombreuses que dans la variété précédente, elles sont isolées, discrètes, répandues sur de larges surfaces qu'elles envahissent successivement, et où elles se présentent à différens degrés. Elles sont accompagnées d'un état particulier de la peau qui est comme flétrie, d'une apparence terreuse et qui imprime à cette maladie un cachet tout particulier. L'éruption a une marche essentiellement chronique. Au bout d'un temps très variable, les papules s'affaissent et se terminent par résolution, quelquefois par desquamation. C'est la *syphilide à larges papules.* Symptôme toujours consécutif, siégeant de préférence aux membres, aux épaules, à la nuque, souvent accompagné d'autres accidens syphilitiques.

Syphilide squameuse. — Cette variété, des plus curieuses, n'offre aucun des caractères ou produits d'inflammation que nous avons rencontrés jusqu'à présent. Elle est évidemment sous la dépendance d'une double lésion de sécrétion de la matière épidermique et de la matière colorante. Elle est caractérisée par des squames très sèches, peu adhérentes, ternes, grisâtres, surmontant des élévations comme papuleuses, d'étendue et de forme variables, d'un rouge sombre, quelquefois noires; dans quelques cas, ce sont de véritables productions cornées. La syphilide squameuse forme trois variétés dont deux correspondent aux affections squameuses non spéciales.

Dans quelques cas, rares d'ailleurs, elle est constituée par de petites plaques rondes, légèrement proéminentes, véritables points papuleux qui, en s'étendant, se dépriment au centre, de manière à former un disque bien appréciable. Cette surface, dont le diamètre ordinaire est celui d'une pièce d'un franc, rarement au delà, est au début, d'une teinte cuivrée manifeste : plus tard, elle devient violacée, quelquefois noire. L'anneau papuleux est recouvert de squames grises, sèches, très dures, qui tombent et se renouvellent très lentement. La maladie peut ainsi rester très long-temps stationnaire. A mesure qu'elle cesse et disparaît, les squames tombent pour ne plus reparaître : les points papuleux s'affaissent, laissant après eux des empreintes sombres qui persistent très long-temps. C'est la *lèpre syphilitique,* forme le plus souvent limitée à certains points des membres, rarement générale.

D'autres fois, la syphilide squameuse se présente sous forme de petites plaques papuleuses, arrondies ou ovalaires, de la largeur d'un centime, isolées, discrètes, quelquefois très nombreuses. Ces plaques se recouvrent de squames, d'un blanc sale, grisâtre, très sèches, dures, cassantes, qui se renouvellent très lentement, qui peuvent même ne pas se reproduire. Mais, dans ce dernier cas, il survient un caractère que Biett regardait comme pathognomonique, c'est un liséré blanchâtre, régulier, qui entoure la base des points papuleux. Cette forme assez curieuse est ordinairement largement répandue sur toute la surface du corps. Elle disparaît, après un temps plus ou moins long, en laissant des empreintes très persistantes. C'est le *psoriasis syphilitique* (*psoriasis guttata*).

L'éruption peut, mais plus rarement, prendre la forme du *psoriasis diffusa.* Elle est caractérisée alors par des plaques plus étendues, irrégulières, d'un rouge bien cuivré, ou fixées exclusivement au visage, ou plutôt limitées aux mains, aux malléoles.

Enfin, la syphilide squameuse affecte quelquefois une forme des plus curieuses. Fixée exclusivement à la face palmaire ou à la plante des pieds, elle se présente sous deux aspects différens. Ou bien elle consiste dans un certain nombre de points proéminens, d'un rouge obscur, irrégulièrement arrondis et recouverts de squames épaisses, très dures, grisâtres : ces points peuvent s'étendre, se réunir et former, à la paume de la main, par exemple, une plaque continue, générale, rigide, semblable à de la corne. Cette plaque devient quelquefois le siége de rhagades douloureuses; dans d'autres cas, elle se sépare en espèce d'îlots cornés, que l'on peut enlever avec l'ongle. Elle est toujours entourée, à sa circonférence, d'une aréole plus ou moins étendue, de deux à trois millimètres, d'une teinte caractéristique.

Ou bien la syphilide se présente sous forme de petites plaques bien circonscrites, de la largeur d'une pièce de vingt centimes environ, rondes, aplaties, offrant à leur centre un point très dur, corné, qui pénètre évidemment dans la peau, comme le ferait un corps cylindrique, et que l'on ne saurait arracher qu'avec peine. Ces points restent bien isolés et sont entourés d'une zone d'un rouge spécial. C'est la *syphilide cornée.*

La syphilide squameuse est presque toujours un symptôme consécutif. Elle a une marche essentiellement chronique.

Symptômes concomitans. — Les syphilides peuvent être accompagnées d'autres accidens syphilitiques dont l'appréciation a, dans ce cas, une valeur réelle au point de vue du diagnostic, et qu'à ce titre il importe de signaler au moins sommairement.

Ils peuvent affecter la peau et ses annexes, les muqueuses, les surfaces séreuses, les tissus fibreux et osseux. Complications plus ou moins fréquentes : le plus souvent, ils existent séparément, mais ils peuvent aussi se présenter en grand nombre à la fois, sinon tous, et traduire cet état aussi particulier que grave, que l'on a appelé la cachexie syphilitique.

Taches. — Les taches syphilitiques sont un des symptômes les plus rares de la syphilis. Il est utile, toutefois, d'être prévenu de leur existence, parce qu'elles peuvent être prises ou pour des exanthèmes spéciaux, ou pour des empreintes qui succèdent à certaines syphilides. On les distingue des premiers, en ce qu'elles ne disparaissent pas sous la pression du doigt; des secondes, en ce qu'elles sont toujours mieux limitées, d'une grandeur à peu près uniforme, de la largeur d'une pièce de deux francs, par exemple. Ces taches traduisent bien évidemment une lésion de sécrétion de l'appareil chromatogène; elles siégent le plus souvent au visage et au front.

Ulcères cutanés. — Il ne s'agit pas ici des ulcérations qui caractérisent certaines formes de syphilides, mais de celles qui se manifestent à la suite de plaies, de piqûres de sangsues, sur l'emplacement d'un vésicatoire, quelquefois d'un ancien chancre cicatrisé.

Tumeurs gommeuses. — Ces tumeurs siégent plus ou moins profondément dans le tissu cellulaire. Le plus souvent, elles existent déjà depuis quelque temps sans que la peau ait perdu sa teinte naturelle; d'autres fois, elles semblent superficielles, et le point affecté prend de bonne heure une coloration livide. Quoi qu'il en soit, la tumeur débute par de la gêne : il se forme une saillie légère qui se développe lentement, et atteint le volume d'une grosse noix; elle devient douloureuse, dure, conique, et laisse percevoir la sensation d'une fluctuation centrale profonde.

Les tumeurs gommeuses peuvent se terminer par résolution. Mais il arrive plus fréquemment qu'elles s'ulcèrent à leur sommet et donnent lieu à une suppuration sanieuse, entretenue par des ulcères à fond excavé, grisâtre, taillés à pic, exhalant une odeur caractéristique. Elles siégent de préférence aux membres inférieurs.

Onyxis. — Cette affection, très curieuse, consiste dans une inflammation plus ou moins aiguë de la matrice de l'ongle, par une ulcération fongueuse qui peut déterminer le décollement et la chute de cet organe. Dans quelques cas, l'inflammation se présente avec moins d'intensité. Il y a seulement une altération de la matière cornée : l'ongle devient sec, cassant; il s'épaissit, prend une couleur grisâtre, flétrie : la surface est rugueuse, inégale, piquetée; il peut enfin ne plus former qu'une masse cornée, terne, chagrinée, très friable.

Cette affection est très commune dans les cas de syphilis invétérée.

Alopécie syphilitique. — Sans parler de la chute des poils déterminée mécaniquement, si l'on peut dire ainsi, par la présence d'une syphilide soit au cuir chevelu, soit dans la barbe, la syphilide se traduit souvent par une alopécie caractéristique qui dégarnit largement et irrégulièrement la chevelure, et dont nous rappellerons les signes diagnostiques en écrivant l'histoire de l'alopécie, en général.

Condylômes, végétations, rhagades. — Les points où la peau aboutit aux muqueuses sont quelquefois le siége de replis avec une tuméfaction plus ou moins considérables : ce sont les *condylômes.* Ou bien il se développe sur les mêmes points de véritables verrues lobulées, molles, rouges, charnues, exhalant une sécrétion séro-purulente et une odeur nauséabonde : ce sont les *végétations.* Enfin, on observe souvent des ulcérations longitudinales, accompagnées de douleurs cuisantes : ce sont les *rhagades.*

Ces symptômes sont fréquens à la marge de l'anus, à l'entrée du vagin, etc.

Stomatite, angine syphilitique. — Cette affection, très commune, peut exister à des états différens.

Ou bien elle consiste dans une simple rougeur érythémateuse de la muqueuse buccale, des amygdales, de la partie postérieure du pharynx, de la luette. Ces points sont tendus, luisans, parsemés, dans quelques cas, de petites granulations : ils sont le siége d'une sécheresse remarquable; la déglutition est difficile.

Dans d'autres circonstances, la rougeur semble être accompagnée d'une sorte de soulèvement de la membrane muqueuse, qui offre çà et là des disques bien arrondis, d'une teinte opaline remarquable.

Quelquefois il y a une véritable éruption comme pseudo-membraneuse, en forme d'anneaux dont le centre serait sain.

Enfin la stomatite peut être accompagnée d'ulcérations bien caractéristiques, occupant les lèvres, la surface interne des joues, le voile du palais, les piliers, les amygdales. C'est l'*angine ulcéreuse*.

Inflammation ulcéreuse de la pituitaire. — Cette affection est une forme grave et par les désordres qu'elle peut produire, et surtout parce qu'elle est souvent méconnue.

Elle est annoncée long-temps à l'avance par un coryza qui détermine peu à peu une gêne marquée dans l'intérieur du nez. Au bout d'un certain temps, le malade mouche une petite croûte, dont la forme représente assez exactement le point qu'elle occupe, et dont l'expulsion est toujours accompagnée de l'écoulement d'un peu de sang. Il en résulte un soulagement momentané; puis les mêmes phénomènes se reproduisent, le malade mouche une seconde croûte, et ainsi de suite. Il existe souvent alors un symptôme qui a une telle importance, qu'on pourrait le regarder comme pathognomonique; c'est la perte du sentiment des odeurs. Enfin il s'établit dans l'intérieur du nez un écoulement sanieux, fétide, et, quand la maladie dure depuis quelque temps déjà sans qu'il y ait eu de destruction apparente, le nez perd sa forme naturelle; il s'affaisse enfin, et l'on s'aperçoit seulement alors des désordres irréparables qu'a faits la maladie.

C'est là, je le répète, une maladie très sérieuse, que les malades négligent trop souvent et que l'on peut toujours soupçonner à l'expulsion presque régulière des croûtes, et aussi à l'abolition du sens de l'odorat.

Laryngite. — L'inflammation spécifique peut gagner le larynx, et alors elle constitue une affection toujours très grave et une des complications des plus pénibles des syphilides.

La voix s'altère, la respiration est gênée, sifflante, la déglutition est difficile, douloureuse : le malade expectore avec peine, quelquefois avec menace d'asphyxie, une matière purulente, mêlée de quelques stries de sang. Dans quelques cas, l'aphonie est complète : enfin la maladie peut simuler tous les accidens et aussi tous les dangers de la phthisie laryngée tuberculeuse.

Entérite. — La membrane muqueuse intestinale devient quelquefois le siége d'une inflammation ulcéreuse. Cette affection grave se traduit par des coliques, de la diarrhée, un épuisement notable, enfin par tous les signes de l'entérite chronique.

Iritis. — Cette affection très remarquable est une des complications les plus fréquentes de la syphilide. Elle peut exister à l'état aigu et à l'état chronique. Elle est caractérisée par des colorations ou plutôt des décolorations partielles ou générales de l'iris, par une déformation de la pupille, qui est triangulaire, comme frangée, quelquefois immobile. Elle s'accompagne de photophobie, de tuméfaction, de petits abcès, d'une opacité plus ou moins considérable, souvent d'adhérences indissolubles. Elle peut entraîner la perte de l'œil.

Douleurs ostiocopes, périostoses, exostoses, nécrose. — Les tissus fibreux et osseux peuvent être le siége d'affections spécifiques qui compliquent très souvent les syphilides.

Les malades sont souvent tourmentés de douleurs lourdes, profondes, dans la continuité des os des membres, et ayant pour caractère particulier de s'aggraver la nuit, par l'effet de la chaleur du lit. Ce sont les *douleurs ostéocopes*.

Dans quelques cas, il existe des tumeurs variables, douloureuses, siégeant surtout aux tibias, sur les surfaces articulaires, aux os du crâne, au coronal, sur les os propres du nez, à l'arcade surciliaire, et intéressant soit l'enveloppe des os, soit la substance osseuse elle-même : ce sont les *périostoses* et les *exostoses*.

Les os peuvent être enfin affectés de véritable nécrose, surtout au crâne et à la face. On l'observe souvent à la voûte palatine dans certaines formes de syphilides, et elle entraîne alors des désordres quelquefois très graves.

Cachexie syphilitique. — Cet état très remarquable résulte de la persistance et de la réunion des divers accidens qu'entraîne l'infection syphilitique. Les malades, mutilés par des ulcérations successives, épuisés par des symptômes généraux graves, aphones, amaigris, ont perdu l'usage de la plupart des sens. Leur peau est sèche, flétrie, terreuse; ils exhalent une odeur fétide; la médecine reste le plus souvent impuissante devant ce terrible cortége de symptômes.

Causes. Les controverses qui se sont engagées à diverses époques sur la nature même de la syphilis, devaient exercer leur influence sur l'étude et l'appréciation des causes qui président au développement des symptômes que l'observation leur a attribués. Ainsi on a fait dépendre les syphilides d'une phlegmasie simple; mais, pour démontrer le peu de fondement de cette hypothèse, il suffit de se rappeler les caractères tout spéciaux de ces éruptions, le cachet

indéniable qui leur est propre, leur subordination nécessaire à une affection antécédente, et enfin leur caractère contagieux dans quelques cas.

Quelques auteurs ont attribué le développement des syphilides à l'usage du mercure. On a peine à comprendre une pareille assertion, même de la part de gens qui, pour soutenir la négation de la syphilis, ne trouvent pas de meilleur moyen d'en condamner le traitement spécifique que de l'accuser de produire des affections habituellement regardées comme graves. Pour démontrer le peu de fondement d'une telle objection, il suffit de constater que les éruptions syphilitiques se manifestent chez des individus qui n'ont jamais pris un atome de mercure; que, d'un autre côté, ce médicament est administré, même à haute dose, dans certaines maladies non vénériennes, sans jamais déterminer de syphilides.

L'observation démontre d'une manière irrésistible que ces maladies, toutes spécifiques, ont pour cause première, unique, constante, la syphilis elle-même. Ce point primordial posé, il reste à étudier l'étiologie des syphilides au point de vue des modifications diverses que l'infection virulente imprime à l'économie. Sous ce rapport, elles doivent être divisées en primitives, en secondaires, en congénitales et en héréditaires.

Et d'abord, que faut-il entendre par syphilides primitives et secondaires? On a traité très légèrement cette distinction, mais en ayant soin de se retrancher derrière des définitions qui permettaient une raillerie facile, c'est-à-dire, en faisant le primitif de ce qui apparaissait le premier dans l'ordre symptomatologique; le secondaire, de ce qui se manifestait après un laps de temps plus ou moins long. Pour comprendre ce que nous devons entendre par ces mots, si controversés, il faut avoir une idée nette de la nature de la syphilis elle-même.

Nous n'avons pas à prouver ici l'existence du virus vénérien : il n'y a plus de doute possible aujourd'hui sur la valeur absolue de ce *poison morbide,* auquel tout le monde reconnaît la faculté de procéder par voie d'infection générale. Pour nous, l'observation a démontré depuis long-temps, et d'une manière irréfragable, que la syphilis n'est une maladie virulente et spécifique qu'à la condition d'agir tout d'abord par voie d'empoisonnement général; mais cet empoisonnement lui-même produit deux effets bien distincts : un effet immédiat, actuel, exprimé par des symptômes soit locaux, soit généraux, développés sous l'influence première de l'infection, accompagnés le plus souvent de certains phénomènes d'inflammation : c'est ce que j'ai cru devoir appeler l'état aigu de la syphilis; un effet médiat, lointain, exprimé par des symptômes sans caractères inflammatoires, qui ne constituent plus seulement des accidens morbides plus ou moins intenses, mais qui sont l'expression d'un tempérament particulier acquis : c'est la syphilis chronique. Pour ne parler que des syphilides, toutes celles qui se manifestent sous l'influence du premier état, quelle que soit d'ailleurs leur forme individuelle, sont des symptômes primitifs. Ainsi, ce n'est pas parce qu'elles sont apparues dans un certain ordre de primauté, à un certain moment de l'évolution syphilitique qu'elles doivent être appelées primitives; c'est à raison de l'état morbide qu'elles représentent, parce qu'elles caractérisent la période aiguë de la syphilis. Or, ce caractère leur appartient tant que dure cette période.

Par contre, toute syphilide développée sous l'influence du second état, c'est-à-dire du tempérament syphilitique, doit être considérée comme secondaire. Et, ce n'est plus parce qu'elle s'est produite dans tel ordre arbitraire, telles ou telles conditions de date, qu'elle doit être appréciée ainsi; mais bien parce qu'elle a sa cause, sa raison d'être dans un mode particulier de l'infection virulente, dans la syphilis chronique.

Ce point posé, la distinction des syphilides en primitives et secondaires devient aussi facile, aussi simple qu'elle a pu paraître, à certains esprits, embarrassée et complexe. Primitives sont toutes les éruptions vénériennes qui traduisent le premier effort morbide de l'infection virulente. Elles peuvent, dans ces conditions, ou exister seules, ou coïncider avec un autre symptôme, primitif au même titre, un chancre, une blennorrhagie, etc.; ou lui succéder, le continuer, si l'on peut dire ainsi. Toutes les syphilides peuvent être primitives; mais quand elles sont la seule expression de la syphilis aiguë, c'est surtout avec les caractères que nous avons assignés à la *pustule plate* ou sous forme de l'*ecthyma,* plus rarement de la *roscole.* Si elles accompagnent un autre symptôme primitif, ce sera fréquemment un *lichen,* quand il y aura chancre; un *érythème papuleux* concurremment avec une blennorrhagie. Il semble enfin résulter de l'observation, que ce sont principalement les syphilides exanthématiques ou pustuleuses qui succèdent aux accidens ordinaires de la période aiguë.

Secondaires sont toutes les éruptions spéciales développées sous l'influence du tempérament syphilitique. Sous ce type, elles peuvent revêtir toutes les formes que nous avons successivement décrites. Est-il possible après cela de leur assigner, comme on a voulu le faire, un ordre d'apparition régulier et constant? Non, si l'on veut faire de cet ordre une loi absolue. Ce qui est vrai, c'est que certaines syphilides semblent se manifester plus fréquemment à une époque plus rapprochée de la période aiguë : ce sont celles qui revêtent des caractères exanthématiques ou papuleux. D'autres, au contraire, apparaissent plus souvent après un assez long intervalle, notamment les syphilides tuberculeuses. Mais, je le répète, il n'y a rien dans ces phases, très variables d'ailleurs de l'évolution syphilitique, qui justifie la prétention de subordonner le développement des symptômes secondaires à un ordre dont ils ne se départiraient pas; il n'y a rien qui autorise l'abus que l'on a été obligé de faire, pour expliquer certains faits embarrassans, de la classification des syphilides en *précoces* et en *tardives.*

On a essayé d'établir une corrélation exacte entre l'existence antécédente de tel ou tel symptôme primitif et l'appa-



Bocourt pinx.t

Visent sculp.t

Syphilis héréditaire

(Lupus)

Imp.r par Chardon aîné et Aze.

rition actuelle de telle ou telle éruption spéciale. Carmichael a basé sur cette donnée un système complet; mais l'observation rigoureuse des faits ne l'a pas sanctionné.

Il est tout aussi inexact de vouloir assigner à l'apparition des syphilides une limite de temps, rigoureuse et précise, qui la séparerait des symptômes primitifs. Les faits nombreux que j'ai recueillis me permettent d'affirmer que rien, sur ce point, n'autorise une théorie d'évolution positive. L'intervalle après lequel elles se manifestent varie depuis un ou plusieurs mois jusqu'à trente et même quarante années.

La nature du symptôme primitif ne semble pas exercer d'influence sur le plus ou moins de rapidité avec laquelle se développeraient les syphilides.

On a recherché si certaines conditions particulières aux malades pouvaient présenter des rapports de causalité avec le développement des éruptions vénériennes. L'âge doit être considéré, à ce titre, comme une cause influente, mais naturelle, si l'on peut dire ainsi. Il est évident, en effet, que c'est surtout dans la jeunesse que se présentent les raisons de contact où la syphilis prend sa source ; c'est dès lors dans la période de vingt à quarante ans que doivent se manifester la majeure partie des syphilides primitives ou secondaires. Le sexe est sans influence marquée sur leur production : il en est de même des saisons, bien que j'aie observé que le froid semble, plus que la chaleur, exercer d'action sur le développement de ces affections. Il faut en dire autant du tempérament et des professions. Mais les conditions hygiéniques semblent, au contraire, exercer une influence réelle, souvent énergique, sur l'apparition, j'allais dire sur la gravité des syphilides. On comprend, en effet, combien la modification morbide imprimée à l'économie par la syphilis doive être facilement mise en jeu par les excès de boissons alcooliques, par une mauvaise nourriture, des émotions morales vives, par la misère, par toutes ces causes qui ont pour effet de troubler profondément l'organisme. Quant au nombre des infections syphilitiques antécédentes, il constitue une circonstance importante sans doute, mais dont on n'a pas encore constaté d'une manière positive l'influence sur l'évolution des syphilides.

La cause intime, nécessaire des syphilides étant donnée, le tempérament syphilitique admis, cet état anormal peut persister pendant un temps infini, sans se traduire par aucun phénomène pathologique. Il constitue une sorte de disposition particulière qui, pour être mise en jeu, a souvent besoin de causes occasionnelles dont on n'a pas peut-être suffisamment apprécié l'importance. Cela tient sans doute à la difficulté que présente, dans la plupart des cas, l'appréciation de cette influence tout accidentelle, qui peut si facilement passer inaperçue. Cependant j'ai pu constater, dans un grand nombre de cas, le rapport de cause à effet qui existe entre la production accidentelle de certains faits et l'apparition des syphilides. A ce titre, j'ai observé l'influence manifeste des excès de boisson, des affections morales, de la fatigue, des bains, des contusions, etc.

Les syphilides primitives ou secondaires, telles que nous venons de les exposer, ne constituent que des symptômes de ce que l'on peut appeler la syphilis acquise. Nous allons, bien qu'à un tout autre point de vue, retrouver cette distinction dans deux ordres d'éruptions vénériennes dont l'étiologie est très curieuse, et qui représentent ce qu'il conviendrait de définir la syphilis innée : je veux parler des syphilides congéniales et héréditaires.

La syphilis peut être transmise à l'enfant, par le fait soit de la mère, soit du père, soit de tous les deux. Pour bien préciser la valeur de ce mode d'infection et de ses effets, il faut considérer que, dans ce cas, l'enfant est mis aux lieu et place de sa mère ou de son père infecté. En supposant que l'infection procède du fait de la mère, si celle-ci était, soit au moment de la conception, soit pendant la gestation, atteinte d'accidens de syphilis aiguë, l'enfant sera infecté, mais, comme l'était sa mère ; il sera affecté primitivement ; il aura une syphilis primitive que j'ai, à raison de sa nature, distinguée par le nom de *congéniale*.

Si, au contraire, le père ou la mère était, au moment de la conception, affecté de syphilis chronique, et si la grossesse n'a été traversée par aucune infection nouvelle, l'enfant sera encore mis en leur lieu et place, et alors il aura le tempérament syphilitique; il aura une syphilide secondaire, telle que nous l'avons caractérisée, une syphilide dont on précisera la nature en l'appelant *héréditaire*.

Les syphilides congéniales, symptômes de syphilis aiguë, se développent toujours peu de temps après la naissance, et souvent sous forme d'ecthyma ou de pustules plates : elles ont moins de gravité que les syphilides héréditaires, qui, elles, ne se manifestent qu'après un certain temps, dix-huit mois ou deux ans, par exemple. Celles-ci revêtent fréquemment la forme exanthématique ou tuberculeuse; elles sont compliquées d'un état cachectique qui leur donne presque fatalement une gravité remarquable.

Enfin la syphilis innée peut coexister avec certaines conditions de tempérament lymphatique ou scrofuleux et produire des éruptions mixtes, dont l'histoire est encore enveloppée d'une obscurité profonde, et que nous étudierons, autant que le permet l'observation, en vous parlant du *lupus*.

Diagnostic. Il est au moins inutile d'insister sur la valeur du diagnostic, pour des éruptions si graves dans quelques cas, dont il peut être important, dans d'autres, de prévoir le caractère contagieux. L'appréciation de ces maladies si diverses est fondée sur la recherche des symptômes communs, des symptômes particuliers et des symptômes concomitans. On a pu invoquer la connaissance des antécédens du malade; mais c'est un moyen de diagnostic trop

incertain, trop faillible pour qu'il soit possible de lui accorder une confiance réelle. En effet, outre que ces antécédens peuvent manquer ou avoir été méconnus, que les malades sont souvent intéressés à les nier par fausse honte, il existe, dans la pratique, un grand nombre de cas où le médecin doit, par discrétion, renoncer aux lumières qu'il croirait attendre de renseignemens qu'il lui est interdit de solliciter. Il faut donc s'habituer à reconnaître les syphilides aux caractères spéciaux que l'observation a permis de leur assigner et qui ne manquent presque jamais complétement.

La recherche et l'appréciation des symptômes communs sont un des guides les plus sûrs pour arriver à la vérité. Nous les avons exposés en détail; nous n'insisterons pas sur un point suffisamment élucidé. Qu'il me soit permis cependant de répéter que la *couleur* des éruptions vénériennes est un phénomène que l'on ne saurait étudier avec trop de soin; qu'il est pathognomonique dans la plupart des cas; qu'il est quelquefois le seul signe qui traduise la nature spécifique d'une éruption, qu'il serait, sans ce cachet, possible de méconnaître.

Les symptômes particuliers sont aussi d'une précieuse ressource : il faut procéder à leur égard comme on fait pour les éruptions simples, c'est-à-dire par voie de comparaison et d'élimination.

La *syphilide exanthématique* se distingue des exanthèmes non spéciaux en ce qu'elle est caractérisée par des taches d'un rouge moins franc au début, plus tard sombres, cuivrées, grisâtres, qui persistent très long-temps, qui se modifient avec lenteur, laissent après elles des empreintes fauves, comme flétries, et ne donnent presque jamais lieu à une desquamation tant soit peu sensible.

La *syphilide vésiculeuse* a pour caractères distinctifs le volume de ses vésicules, leur marche toujours lente, leur durée individuelle toujours longue, l'aréole cuivrée qui les entoure. Elle est souvent compliquée de croûtes, d'ulcérations, de cicatrices; et ces phénomènes tout à fait spéciaux ne sauraient permettre de la confondre avec des affections de même nature, mais non spécifiques.

La *syphilide bulleuse* se présente sous deux formes dont la physionomie bien tranchée rend l'erreur presque impossible. Le *pemphigus des nouveau-nés* ne ressemble à rien. Quant au *rupia syphilitique,* sans parler des signes qui lui sont propres, et principalement de ses ulcérations caractéristiques, il est, le plus souvent, accompagné d'un état cachectique, qui suffirait à le faire reconnaître.

Le diagnostic de la *syphilide pustuleuse* présente, dans quelques cas, de véritables difficultés. L'*ecthyma syphilitique* pourrait, à première vue, en imposer pour un *ecthyma cachecticum :* mais, s'il y a dans les deux formes une certaine analogie d'aspect quant aux pustules et aux croûtes, elles offrent des caractères différents qui doivent suffire à les séparer. L'*ecthyma cachecticum* affecte surtout les vieillards, les individus dont la constitution est profondément détériorée; il siége presque exclusivement aux membres inférieurs; il ne donne lieu qu'à des ulcérations superficielles, à des cicatrices peu profondes. L'*ecthyma syphilitique* se développe à l'âge moyen de la vie; il se présente sur différens points du corps et même au visage; il est caractérisé par des ulcérations profondes, taillées à pic; il laisse des cicatrices déprimées, régulières, faites comme à l'emporte-pièce.

L'*ecthyma syphilitique* a été confondu avec la variole; mais, outre que les raisons d'une telle erreur sont très rares, elle ne saurait durer long-temps devant le développement nécessaire et si connu des symptômes varioliques.

La *syphilitique lenticulaire* a pu être prise pour une éruption papuleuse. Mais, si le peu d'apparence du caractère pustuleux de la première a quelquefois permis le doute, un examen attentif devrait le faire cesser. En effet la pustule, si petite qu'elle soit, est toujours appréciable; et quand elle a disparu, elle est remplacée par une dépression centrale, qui, jointe à la teinte de l'éruption, doit la faire reconnaître.

Pour séparer l'*impétigo syphilitique* de l'*impétigo non spécial,* il faut se rappeler que le dernier se présente avec des pustules petites, confluentes, ayant une marche rapide, par des croûtes jaunes ou verdâtres, molles, superficielles, comme déposées sur la peau; qu'il ne s'ulcère jamais : que, dans le premier, les pustules sont isolées, ont une durée individuelle plus longue, reposent sur une aréole cuivrée; qu'elles sont remplacées par des croûtes plus dures, plus sèches, plus adhérentes, plus noires; qu'il y a enfin des ulcérations et des cicatrices.

La *syphilide papuleuse à forme de lichen* est caractérisée par des papules disséminées, légèrement aplaties, d'un rouge bien cuivré et offrant surtout un luisant tout particulier : ces caractères ne sauraient permettre de la confondre avec le lichen ordinaire, dont les papules sont confluentes, de la couleur de la peau, ou d'un rouge plus ou moins pâle, qui sont enfin accompagnées d'un prurit que l'on ne retrouve pas dans la syphilide.



Bocourt pinx.t

Coupé sculp.

Syphilis héréditaire

(Lupus)

Imp.e par Chardon aîné et Aze.

Celle-ci a été prise pour la gale; mais c'est là une erreur que doivent rendre impossible les caractères prurigineux, l'existence des vésicules et les signes particuliers qui appartiennent à la gale.

Dans la *syphilide à larges papules*, celles-ci peuvent, par leur disposition, leur étendue, leur forme aplatie, en imposer pour un *psoriasis guttata* dégarni de squames; mais, dans le *psoriasis*, simple les élévations sont toujours moins saillantes, moins papuleuses, si l'on peut dire ainsi: elles sont rouges, et d'ailleurs le développement des squames rendrait bientôt le doute même impossible. Quant au *psoriasis guttata* syphilitique, il offre autour de ses plaques un liséré pathognomonique qui suffit à le caractériser.

Quand la *syphilide tuberculeuse* est caractérisée par des tubercules isolés, irrégulièrement disséminés au visage, elle a pu être confondue avec l'*acne*. Mais dans celle-ci les indurations irrégulières ont succédé à des pustules; elles pénètrent profondément dans la peau; elles sont violacées et, ce qui les distingue surtout, elles sont entremêlées de tannes et accompagnées d'un état gras, huileux de la peau. Les tubercules syphilitiques sont durs, arrondis ou ovalaires, saillans, plus superficiels; ils n'ont jamais le caractère pustuleux; enfin ils ont une tendance à s'ulcérer, et alors ils déterminent des cicatrices qui n'ont rien de commun avec celles de l'acne.

Dans la *syphilide tuberculeuse en groupes*, la disposition annulaire, l'existence de squames peuvent en imposer pour les caractères de la *Lepra vulgaris*. Mais, dans cette dernière, l'anneau papuleux est continu, comme rubané; il est recouvert complétement de squames blanches, chatoyantes, argentées; dans la syphilide, le cercle est formé de tubercules juxta-posés qui peuvent être unis à leur base, mais qui, se séparant au sommet, forment un anneau irrégulier. Quant aux squames qui peuvent exister, elles sont moins prononcées, grisâtres et elles ne recouvrent que le sommet des tubercules.

Fixée au visage et limitée à certains points, au nez par exemple, la syphilide tuberculeuse a été quelquefois confondue avec le *lupus*. C'est là une erreur grave et qui peut entraîner des résultats funestes en sollicitant l'emploi de moyens qui ont pour effet d'aggraver un mal si redoutable déjà par lui-même.

Si la syphilide est à l'état de tubercules, ceux-ci, cuivrés, tendus, lisses, luisans, ne sauraient en imposer pour les tubercules du lupus, rougeâtres, mous, à base œdémateuse, livides. A l'état ulcéré, il peut être plus difficile de séparer les deux affections. Cependant nous savons que la *syphilide* tuberculeuse se présente avec des ulcérations profondes, à fond grisâtre, à bords bien découpés, entourés d'une aréole plus ou moins cuivrée : ces caractères, bien appréciés, doivent les faire distinguer des ulcères du lupus; ceux-ci, en effet, sont superficiels; leur surface est molle, violacée, comme fongueuse; ils se perdent sans délimitation arrêtée dans des tissus comme œdématiés, quelquefois infiltrés et boursoufflés. Mais le diagnostic doit être singulièrement aidé, dans ce cas, par une double circonstance, qu'il ne faut jamais perdre de vue, alors qu'il y a doute dans les faits et hésitation dans l'esprit. Le lupus ne se manifeste que dans les premières années de la vie : au contraire, la syphilide tuberculeuse se développe au plus tôt à l'âge adulte, souvent plus tard. Je répète que l'appréciation de ces circonstances est toujours très utile en présence de ces faits douteux où une erreur de diagnostic a souvent entraîné des conséquences irréparables.

C'est dans le diagnostic de la *syphilide squameuse* qu'il faut surtout invoquer le secours des symptômes communs. Là, en effet, les seuls caractères distinctifs sont la couleur cuivrée des plaques, la teinte grisâtre des squames, la marche encore plus chronique de l'éruption, excepté dans la syphilide cornée, dont la physionomie si particulière ne saurait permettre ni l'erreur ni le doute. Il ne faut pas oublier que, dans tous les cas, le diagnostic des syphilides peut être puissamment aidé par l'existence et l'appréciation des symptômes concomitans.

Pronostic. En tant qu'éruptions, les syphilides n'offrent le plus souvent qu'une gravité accidentelle, selon certains sujets, certaines mutilations et surtout la facilité des récidives. Au point de vue de leur nature, elles ont toute la valeur de la syphilis elle-même. Si on les compare entre elles, le pronostic sera différent selon que l'on aura affaire, par exemple, à une syphilide exanthématique, qui sera toujours moins fâcheuse; à une syphilide tuberculeuse, qui sera toujours plus grave.

Traitement. Le traitement des syphilides est basé avant tout sur l'emploi de moyens dits anti-syphilitiques, c'est-à-dire qu'affections spéciales, elles sont combattues par des remèdes spéciaux aussi. L'expérience a tellement démontré aujourd'hui l'insuffisance, sinon les dangers de ce que l'on a appelé le traitement simple, qu'il est inutile d'insister sur ce point abandonné par la généralité des praticiens.

Le mercure a long-temps passé pour l'anti-syphilitique par excellence; il fut considéré un moment comme l'antidote vénérien. Soit par crainte de ses prétendus dangers, soit par conscience de résultats infidèles, soit uniquement par goût pour les expériences, on a préconisé un certain nombre d'agens proclamés anti-syphilitiques dont quelques-uns ont pu être utiles, dont la plupart n'ont abouti qu'à des mécomptes.

Les *acides* minéraux ont paru donner de bons résultats dans les cas de syphilides légères, par exemple, au début des formes exanthématiques.

On a beaucoup vanté les *préparations d'or;* je les ai essayées sous toutes les formes, sans succès. Je ne les crois, dans tous les cas, applicables qu'aux syphilides secondaires. J'en dois dire autant des *préparations d'argent,* bien qu'elles aient été produites sous les autorités les plus recommandables.

L'*iodure de fer* vanté, à son tour, est un agent d'une efficacité douteuse; c'est d'ailleurs un moyen accessoire, et qui ne répond qu'à des indications accidentelles.

L'*iodure de potassium* a surtout pris une large place dans le traitement de la syphilis, et il faut reconnaître qu'il a tenu une grande partie des promesses qu'on a faites en son nom. Il est surtout utile dans les cas de syphilides tuberculeuses, pour combattre des symptômes concomitans du système osseux, quand le traitement mercuriel est resté insuffisant ou, mieux, concurremment avec lui.

Enfin on a depuis long-temps considéré les *sudorifiques* comme un anti-syphylitique très puissant. Ils ont évidemment une action très utile dans le traitement de la syphilis; ils ont pu, seuls, amener des modifications heureuses; mais ils sont surtout très précieux employés comme auxiliaires du traitement mercuriel. C'est à ce titre que je conseille les décoctions de squine, de gayac et surtout de salsepareille.

C'est aussi comme sudorifique que Biett employa avec avantage la tisane de Feltz et le sous-carbonate d'ammoniaque préconisé par Périlhe. J'ai eu souvent recours à ce dernier là où le mercure échouait évidemment, et j'en ai obtenu souvent de bons effets.

Mais l'agent qui est resté l'anti-syphilitique par excellence est le mercure, et le meilleur traitement, sans contredit, à opposer aux syphilides est celui par les mercuriaux. On a préconisé tous les composés du mercure; mais il faut bien reconnaître qu'appliqués à la thérapeutique des syphilides, ils sont loin d'avoir donné les mêmes résultats.

L'*onguent mercuriel* a été long-temps la base du traitement anti-syphilitique par les frictions. Je préfère l'employer à l'intérieur, d'après la méthode de Sédillot. Je me sers des pilules suivantes : Pr. onguent mercuriel et poudre de salsepareille, de chaque 5 grammes; pour 40 pilules, de une à deux, matin et soir. C'est un traitement infidèle, à cause de la réserve qu'impose nécessairement la facilité avec laquelle il détermine le ptyalisme.

J'ai administré avec succès le *proto-chlorure de mercure* en insufflation sur la membrane pituitaire; mais ce remède a l'inconvénient de provoquer la salivation. Le *deuto-chlorure de mercure,* employé à l'intérieur, a donné de très bons résultats dans le traitement des syphilides. Biett le conseillait en pilules; mais je préfère la liqueur de Van-Swieten, d'après la formule du Codex. Un des agens mercuriels les plus utiles est, sans contredit, le *mercure soluble de Hahnemann,* agent facile à manier, et qui convient parfaitement contre les syphilides légères. Je le conseille d'après la formule suivante : Pr. : Mercure soluble de Hahnemann, 2 gr.; thridace, 2 gr.; mêlez, pour 40 pilules, une matin et soir.

Mais de toutes les préparations mercurielles les plus utiles, les mieux éprouvées dans le traitement des syphilides sont les *iodures de mercure,* que Biett a eu l'honneur d'introduire dans la thérapeutique. Le *deuto-iodure,* d'abord employé par ce grand praticien, fut abandonné bientôt comme trop difficile à manier, et il lui substitua le *proto-iodure,* qu'une longue suite d'heureux résultats m'a appris à regarder comme le moyen le plus sûr, le plus efficace à opposer aux éruptions syphilitiques. Je l'emploie sous forme pilulaire, depuis 5 jusqu'à 20 centigrammes par jour, selon l'effet à obtenir. Je me suis arrêté à la formule suivante : Pr. : proto-iodure de mercure, 1 ou 2 gr.; thridace, 5 gram. à mêler pour 40 pilules, à prendre une, puis deux, jusqu'à quatre dans les vingt-quatre heures. L'expérience m'a démontré que cet agent ne doit jamais être administré à trop petites doses, car il risque alors d'être infidèle et insuffisant.

Quel que soit le traitement interne, il convient souvent d'y préparer le malade par des soins hygiéniques, une bonne alimentation, l'usage de préparations toniques; quelquefois il est utile de le soumettre à des purgatifs répétés. Dans les cas où il convient d'employer énergiquement le proto-iodure, Biett administrait à l'avance, pendant quelques jours, l'extrait d'opium. Je me suis toujours bien trouvé d'associer au traitement par le proto-iodure l'emploi des sudorifiques et des bains de vapeur, qui ont l'avantage, en facilitant l'action du mercure, d'en permettre plus long-temps l'usage.

Le traitement par les mercuriaux est aidé enfin par l'usage de moyens externes, bien qu'en général ils ne jouent qu'un rôle secondaire. Les applications émollientes ne sont jamais suffisamment indiquées. Quant aux pommades, elles ne sont guère utiles que pour le pansement des syphilides ulcérées. J'emploie alors le proto-iodure de mercure à la dose de 1 à 2 gr. pour 30 gr. de cérat de Galien.

De tous les topiques, les meilleurs sans contredit dans le traitement des syphilides sont les bains : simples ou gélatineux, ils conviennent dans les cas d'éruptions à forme légère; alcalins, ils sont utiles contre la plupart des syphilides pustuleuses. Mais ceux dont on obtient les meilleurs résultats sont les bains et douches de vapeur, efficaces surtout contre les syphilides papuleuses, squameuses, tuberculeuses.

On a vanté les bains de sublimé. Comme les *fumigations cinabrées,* ils peuvent être utiles surtout à titre de moyens topiques énergiques.

Mais il arrive trop souvent que les syphilides résistent à tous les moyens employés pour les combattre, aux mercuriaux le plus rationnellement et le plus énergiquement administrés. On a alors recours à une série de remèdes empiriques que quelques succès inespérés ont fait qualifier d'héroïques; ce sont la tisane sudorifique d'Arnoud, la décoction de Zittman, la décoction de Pollini (Formulaire de Bouchardat).

En résumé, le meilleur traitement des syphilides est celui par les mercuriaux et notamment par le proto-iodure. Mais quel que soit l'agent préféré, l'expérience nous enseigne qu'on obtient un résultat d'autant plus assuré qu'on insiste davantage sur le traitement. C'est une indication précieuse, et dont il faut bien tenir compte dans la pratique.

Si les syphilides se présentent chez de tout jeunes enfans, on fait alors suivre un traitement à la nourrice. Dans ce cas, j'ai obtenu de bons effets en traitant en même temps les petits malades eux-mêmes. Je fais faire des frictions, tous les jours, sur les gencives et la langue avec 12 milligrammes de calomelas ou 4 à 6 milligrammes de proto-iodure de mercure, incorporé dans du miel.



DEUXIÈME GROUPE.

LÉSIONS DE SÉCRÉTION.



Ce groupe renferme des maladies de la peau dans lesquelles l'inflammation, quand elle existe, ne joue plus qu'un rôle secondaire.

Elles ont pour point de départ commun, pour caractère typique une lésion de sécrétion.

Il y a lésion de sécrétion, quand celle-ci, sous une influence morbide quelconque, connue ou inconnue, est anormale, irrégulière, exagérée.

Cette lésion est de nature, de forme différente, selon qu'elle affecte telle ou telle des fonctions de sécrétion de la peau. Ainsi elle peut intéresser :

1° La matière folliculeuse;

2° La matière épidermique;

3° La matière colorante.

Il résulte de ces trois ordres de faits, des maladies diverses que j'ai divisées en trois genres distincts.

Elles constituent, dans la plupart des cas, ce que l'on peut appeler des maladies idiopathiques de la peau, qui commencent, se continuent et finissent avec la lésion de sécrétion dont elles dépendent.

Elles ont, en général, une marche chronique, sans phénomènes de réaction locale. Dans quelques cas même, elles sont incurables.



PREMIER GENRE.

LÉSIONS DE SÉCRÉTION DE LA MATIÈRE FOLLICULEUSE.

Les maladies qui appartiennent à ce genre sont les plus importantes, sans contredit, de tout le groupe des lésions de sécrétion; et de plus, par leur fréquence, leur opiniâtreté, leur gravité dans quelques cas, elles occupent une large place dans la pathologie cutanée en général.

La nature de ces affections est à peine connue aujourd'hui, et, sur ce point, les progrès qu'a faits leur étude sont dus surtout à certaines découvertes qui en ont révélé le caractère anatomo-pathologique. Nous savons, grâce à d'importans travaux anatomiques et physiologiques, qu'elles ont leur siége ou dans les follicules sébacés de la peau, ou dans de petits cryptes folliculeux qui existent à la base des cheveux et sont chargés de sécréter une matière particulière qui les lubréfie. Dans ces deux cas, la fonction folliculeuse peut être lésée dans sa nature ou dans sa quantité : il y a hypersécrétion ou sécrétion anormale; mais, selon que la lésion intéresse ou les follicules sébacés ou les cryptes folliculaires pileux, il y a deux maladies distinctes.

Dans le premier cas, c'est l'*acne;* dans le second, c'est le *favus.*

L'acne et le favus forment le premier genre des lésions de sécrétion.

ACNE.

Synonymie : *Dartre pustuleuse; couperose; gutta-rosea; varus d'Alibert; molluscum.*

Étymologie et définition. Le terme d'ἄκνη a été employé par les Grecs, et notamment par Aëtius, pour désigner une éruption tuberculeuse caractérisée par l'absence de prurit. Dans cette acception, ce mot devrait être dérivé de α privatif et de κνέω, gratter. Plus tard on semble l'avoir fait servir à spécifier une affection particulière à la jeunesse, et il correspondrait alors au terme d'ἄκνη ou ἀκμή. Sauvages l'a consigné dans sa *Nosologie;* enfin Willan l'a admis dans sa classification pour désigner une maladie de la peau tuberculeuse, et après lui, Biett l'adopta à son tour, mais en lui rendant ses caractères vrais, c'est-à-dire, en la considérant comme une forme pustuleuse.

Cette opinion a donné lieu à des controverses qui ont perdu de leur importance, aujourd'hui que la plupart des questions graphiques que soulevait l'étude des maladies cutanées ont été résolues, et qu'on se préoccupe surtout de la recherche des élémens anatomo-pathologiques de ces affections. Cependant, au point de vue du diagnostic, il ne saurait être indifférent de déterminer quelle est la véritable lésion élémentaire de l'acne. Pour moi, il n'est pas douteux que cette maladie soit caractérisée primitivement par des pustules. Quand elle se présente, et cela arrive fréquemment, avec des tubercules, ceux-ci constituent toujours un état secondaire, qui a d'ailleurs une physionomie propre et distincte.

L'acne est une lésion de sécrétion des follicules sébacés, caractérisée par des pustules isolées, suppurant très incomplétement, à base rouge, indurée, que remplacent des tumeurs, ordinairement petites, dures, rouges, circonscrites, presque indolentes, ne disparaissant que par une résolution lente, plus ou moins longue, dans quelques cas, par une rougeur érythémateuse, accompagnée d'un état gras et luisant de la peau, d'autres fois par une hypersécrétion variable de la matière sébacée, enfin par des cicatrices particulières.

Division. Willan avait admis quatre espèces d'acne : l'*acne simplex,* l'*acne indurata,* l'*acne punctata,* l'*acne rosacea.* Biett y joignit une variété qu'il avait le premier signalée et décrite, et dont l'histoire présente un très grand intérêt : c'est l'*acne sebacea.*

Ces diverses espèces semblent se rapporter à différens états de la même maladie. Ou celle-ci consiste dans une légère lésion folliculeuse, avec des phénomènes peu marqués d'inflammation : ce sera l'*acne simplex;* ou la phlegmasie est plus profonde, accompagnée d'un gonflement plus considérable : ce sera l'*acne indurata;* ou bien il existe un véritable état congestif des points affectés, caractérisé par une rougeur vive : ce sera l'*acne rosacea;* enfin, la lésion folliculeuse détermine une hypersécrétion de la matière sébacée : ce sera l'*acne sebacea.*

Nous devons donc conserver la division admise par Biett, en signalant seulement, et sans décrire comme une variété distincte, l'*acne punctata* qui constitue d'ailleurs un accident curieux, surtout quand elle existe seule, ce qui est rare. Le plus souvent elle complique les autres formes de l'acne, et elle se présente sous l'apparence de points légèrement saillans, de *tannes.* Ce sont de petites collections d'humeur sébacée, laissées à nu par les follicules dilatés et béans, desséchées et noircies par l'air. En les comprimant, on fait sortir un appendice laiteux, gras, vermiforme; c'est ce que l'on appelle faire sortir le *ver.* Elle complique très souvent l'*acne simplex* et surtout l'*acne indurata;* mais nous verrons que, par sa nature, elle doit être rapportée au type particulier de l'*acne sebacea.*

Il faut donc admettre quatre variétés principales de l'acne : l'*acne simplex,* l'*acne indurata,* l'*acne rosacea* et l'*acne sebacea.* Nous allons les décrire successivement.

Symptômes. — *Acne simplex.* Cette variété se présente presque exclusivement chez les jeunes filles à l'époque de la menstruation, chez les jeunes gens à l'âge de puberté; elle affecte de préférence le visage, le front, les joues.

L'*acne simplex* se développe au milieu de tous les attributs d'une santé parfaite, sans troubles généraux ou locaux appréciables : il n'est pas rare de voir des individus chez lesquels l'acne a envahi le dos et les épaules, sans qu'ils s'en soient aperçus. Elle débute par de petits points légèrement enflammés, saillans, rouges, dont le développement a lieu sans chaleur et sans prurit. Ils deviennent pustuleux à leur sommet en même temps qu'ils s'entourent à leur base d'une aréole plus ou moins rouge. Les pustules apparaissent ainsi successivement : elles ont une marche isolée, mais toujours lente : elles sont enfin remplacées par de petites croûtes jaunâtres, peu persistantes, qui tombent au bout de deux ou trois jours. Dans quelques cas, surtout quand la maladie occupe le dos, celles-ci sont plus épaisses, brunâtres, un peu plus adhérentes.



Bocourt pinx.t

Coupé sculp.

Acne Rosacea.

Imp.e par Chardon ainé et Aze.

L'éruption a lieu quelquefois simultanément, et il peut arriver alors que les points pustuleux soient en très grand nombre, comme confluens, surtout au front, chez les jeunes filles.

L'acne simplex est accompagnée d'un état gras, huileux de la peau : elle est compliquée de *tannes*. Les pustules sont remplacées par des points saillans, d'un rouge sombre, qui s'affaissent peu à peu et finissent par disparaître. D'autres fois elles laissent après elles de petites tumeurs rouges, dures, circonscrites, persistantes.

Cette espèce a une durée qui varie de plusieurs semaines à quelques mois.

Acne indurata. — Dans cette forme, l'inflammation est plus profonde : il semble qu'elle intéresse tout le follicule ; elle gagne la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Aussi l'éruption se présente-t-elle avec des caractères plus marqués que dans la précédente. Elle consiste dans la présence de pustules dont le développement individuel offre un caractère de chronicité remarquable. Elles suppurent avec une lenteur extrême, sans symptôme de réaction locale ; elles forment de petites croûtes brûnâtres, sèches, assez dures, qui tombent au bout de quelques jours. Ces pustules reposent tout d'abord sur une induration bien manifeste qui augmente et s'étend peu à peu, gagnant le tissu cellulaire ambiant ; elles présentent l'aspect de véritables tumeurs, dures, comme enchâssées dans l'épaisseur de la peau. Il peut arriver que quatre ou cinq follicules ainsi enflammés se joignent, se confondent, et forment alors une tumeur inégale, pouvant avoir le volume d'une aveline.

Dans la plupart des cas, les pustules se développent successivement. Chacune d'elles suit alors une marche isolée, mais toujours lente. Au bout d'un certain temps, l'éruption peut se présenter à divers états, avec un ensemble de phénomènes divers qui lui impriment une physionomie curieuse. Elle offre à la fois des pustules ou naissantes, ou à l'état de suppuration, des indurations tuberculeuses de volume et de couleur variables, des taches et enfin des cicatrices.

L'acne indurata peut aussi se manifester simultanément, et alors elle est plus intense ; elle occupe de préférence les parties latérales du visage.

L'éruption peut être bornée à un très petit nombre de pustules, mais il n'est pas rare que celles-ci soient très nombreuses, comme confluentes, et si alors on se représente l'acne avec toutes ses complications possibles, une hypertrophie plus ou moins marquée des tissus, l'aspect gras, huileux, sale de la peau, l'existence de tannes nombreuses, la coloration quelquefois violacée des tubercules, on comprend qu'elle puisse imprimer à la face un cachet repoussant.

L'acne indurata occupe très souvent le visage, de préférence les régions latérales ; je l'ai observée fréquemment au devant de la poitrine, plus souvent encore au dos où je l'ai vue, dans quelques cas, affecter un caractère de généralité remarquable. Cette forme est très persistante et sujette à récidiver. Elle laisse après elle des empreintes brûnâtres, plus tard des cicatrices oblongues, mollasses, saillantes, fauves ou blanchâtres.

Acne rosacea. — Cette variété très curieuse se présente avec un double caractère : une lésion de sécrétion de la matière sébacée, et une inflammation érythémateuse plus ou moins intense. Elle a aussi cela de particulier qu'elle se développe dans des conditions et sous des influences toutes particulières.

L'acne rosacea débute au visage, le plus souvent au nez, à l'extrémité de cet organe, par un point rouge, diffus, sur lequel se développent des pustules petites, peu saillantes, suppurant incomplètement, mais que rend plus appréciables l'opposition de la surface cutanée sur laquelle elles reposent. Cette rougeur passe, pour reparaître bientôt au même point, et ainsi successivement, jusqu'à ce qu'elle devienne permanente. En même temps elle prend une teinte de plus en plus prononcée, d'un rouge sombre, violacé ; la peau se sillonne de veines variqueuses, de pustules saillantes, indurées, qui, jointes à l'hypertrophie des follicules distendus, impriment souvent aussi au point affecté un fâcheux aspect.

L'acne rosacea peut rester limitée à un point du nez, mais le plus souvent elle gagne les joues, les pommettes, s'étend à la partie inférieure du visage, autour de la bouche, en s'accompagnant des phénomènes que nous venons de décrire. Quand l'affection dure depuis long-temps, la peau s'altère, devient inégale, rugueuse, et peut ne recouvrer que très difficilement son état normal.

La rougeur est toujours accompagnée d'un état gras, huileux, luisant de la peau ; elle augmente sous une foule d'influences : de l'exposition au soleil, à l'air trop vif, à un vent froid ; des excès de table, de la digestion, des émotions morales, de tout ce qui tend enfin à congestionner le visage. Ses recrudescences périodiques ou accidentelles sont surtout remarquables chez les femmes. Liée le plus ordinairement alors à l'existence de trouble des fonctions utérines, elle semble procéder par poussées congestives, souvent régulières. Celles-ci sont accompagnées d'un sentiment pénible de chaleur au visage, de tension, de pesanteur de tête, de somnolence : la rougeur devient plus vive ; les phénomènes d'inflammation locale sont plus marqués. Aussi ai-je observé que, chez les femmes, l'inflammation érythémateuse était le caractère dominant de l'*acne rosacea*.

Chez les hommes au contraire, il semble qu'elle affecte surtout le caractère pustuleux. L'éruption a une tendance presque nécessaire à l'induration et à l'hypertrophie des follicules : il n'est pas rare que ceux-ci acquièrent, surtout à l'extrémité du nez, un volume considérable. Ils se joignent, se confondent, et forment des tumeurs inégales, lobulées, et qui, entremêlées de points tuberculeux, de vaisseaux dilatés et bleuâtres, impriment à la face de véritables déformations. Il y a quelques années tout Paris a pu voir un homme qui, habitué de nos théâtres, jouissait d'une certaine célé-

brité due à une infirmité de ce genre, pour laquelle il fut opéré par Sanson. J'ai donné des soins à un malade atteint d'une *acne rosacea* siégeant au nez, et chez lequel cet organe avait subi une telle difformité, acquis des proportions si énormes, qu'il était obligé de l'envelopper dans une espèce de sac. Hâtons-nous d'ajouter qu'il est heureusement rare d'observer l'acne à cet état d'intensité.

L'*acne rosacea* est toujours une maladie longue, souvent pénible, quelquefois d'une opiniâtreté désespérante.

Acne sebacea. — Étudiée pour la première fois par Biett, l'*acne sebacea* est une maladie des plus curieuses, qui se présente sous diverses formes et est souvent méconnue.

Elle est caractérisée par une hypersécrétion de la matière sébacée ; mais celle-ci peut se comporter de deux manières différentes. Ou le liquide hypersécrété est épanché au dehors des follicules, et il donne lieu à un état gras, huileux des points affectés, à la formation de lamelles minces, sèches, grisâtres, mais sans pustules, sans induration tuberculeuse ; ou, au contraire, la matière sébacée reste contenue dans le follicule qu'elle distend.

L'acne sebacea se développe sans troubles généraux, sans phénomènes d'inflammation locale. Sur les points affectés, la peau devient huileuse, grasse, luisante ; il n'y a ni prurit ni douleur. Cet état peut durer plus ou moins longtemps : mais la sécrétion augmente peu à peu ; le liquide est plus épais ; il se concrète et forme une couche squammeuse plus ou moins étendue, d'abord molle, facile à enlever, mais devenant peu à peu plus sèche, plus adhérente, et prenant une teinte plus foncée, quelquefois noirâtre. Elle peut alors avoir une telle adhérence et être si superficielle qu'elle est presque inappréciable au doigt promené sur sa surface et qu'elle a pu donner lieu à de fréquentes méprises. C'est ainsi que Bateman l'avait évidemment prise et décrite pour une Icthyose de la face.

Cette plaque est ordinairement très persistante. Si on l'arrache, ou si elle tombe spontanément sous l'influence d'une sueur copieuse par exemple, elle laisse à découvert une place légèrement rouge, suintante, grasse, où l'on peut distinguer à la loupe et même à l'œil nu les orifices des follicules dilatés et béans. Cette surface ne tarde pas à se recouvrir d'une nouvelle couche squameuse qui se comporte comme la précédente. J'ai vu, dans quelques cas, la lésion de sécrétion se compliquer d'une inflammation vésiculeuse avec sécrétion d'un liquide séreux ou séro-purulent. Les plaques de l'*acne sebacea*, dénaturées par ce symptôme accidentel, prenaient alors quelques-uns des caractères de l'*eczema* et pouvaient ainsi être facilement méconnues.

Le plus souvent l'*acne sebacea* occupe des surfaces peu étendues : dans quelques cas rares, elle est générale ; j'en ai vu des exemples chez de jeunes enfans, et entre autres chez une petite fille âgée de dix mois, qui m'a été présentée à ma consultation.

Cette enfant, née à huit mois, d'une bonne santé d'ailleurs, était affectée d'une éruption consistant en plaques jaunâtres, huileuses, pouvant, au premier aspect, en imposer pour des *achores*. Mais les écailles qui recouvraient ces plaques étaient plus larges, plus superficielles, plus adhérentes, plus unies que dans cette dernière maladie. Elles étaient évidemment grasses, ce qui achevait de leur donner un caractère particulier. Elles étaient d'ailleurs répandues plus ou moins largement sur tout le cuir chevelu, aux paupières, au col, aux plis des aines, autour de la vulve, à la partie interne des cuisses. Il n'y avait plus trace ni de cheveux ni de cils. A la circonférence de ces plaques existait une petite zone d'une couleur rouge, luisante, à peine marquée. Les oreilles étaient le siége d'une suppuration légère ; enfin on signalait à l'extrémité des doigts une rougeur sèche et diffuse.

C'était évidemment un cas d'*acne sebacea*, dont la cause était d'ailleurs obscure. La mère de cette enfant l'avait nourrie jusqu'à quatre mois, et depuis elle avait été allaitée par une nourrice.

L'*acne sebacea* a une durée variable ; quelquefois elle affecte une marche rapide et peut se terminer en quelques semaines : mais il arrive souvent qu'elle persiste pendant des mois entiers et même pendant des années.

L'*acne sebacea* est quelquefois bornée à des points très limités, aux paupières, mais surtout au nez, et alors elle se présente avec des caractères particuliers qui en font une variété distincte sur laquelle je ne saurais trop appeler l'attention des praticiens. Elle est caractérisée par une petite plaque grisâtre, bien circonscrite, peu étendue, assez semblable à une verrue aplatie, sans phénomène de congestion locale, sans prurit.

Cette acne débute par la formation presque insensible d'un petit point saillant qui n'attire même pas l'attention du malade. Il est constitué par une croûte légère, aplatie, peu saillante, quelquefois molle, comme grasse, le plus souvent sèche, dure, assez adhérente. Elle persiste et prend une teinte de plus en plus foncée, d'un gris sale. Si on l'arrache, ou si elle tombe sous une influence quelconque, on voit une surface à peine rouge, tuméfiée, humide, comme huileuse. Au bout d'un certain temps, la croûte se reforme en suivant la même marche, en offrant les mêmes caractères que celle qui l'a précédée et toujours sans phénomènes d'inflammation locale appréciables. Le seul inconvénient qu'elle présente, est l'ennui qui résulte de sa persistance sur le point affecté. Mais cet inconvénient peut avoir des conséquences qui ne sont pas sans gravité.

Il arrive, en effet, que la ténacité d'un mal si léger en apparence fait croire à l'existence d'une affection de nature sérieuse, et cette opinion, aidée souvent des sollicitations du malade découragé, conduit à l'emploi d'un moyen irrationnel, sinon dangereux, de la cautérisation. J'ai moi-même cédé à cette préoccupation, mais j'ai bientôt renoncé à une méthode, inutile, si la cautérisation n'est que superficielle, puisque l'acne ne tarde pas à se reproduire avec tous ses



...urt pinx.

Coupé sculp.

Acne Sebacea

Impé par Chardon ainé et Aze.

caractères; mauvaise, si la cautérisation est assez profonde pour détruire le mal en détruisant les follicules, puisque alors on substitue à une affection sans gravité des cicatrices indélébiles et difformes. J'ai vu un certain nombre d'exemples, qui témoignent des résultats graves de ce remède, et entre autres chez une dame polonaise qui, atteinte d'une acne sebacea située au lobe du nez, avait été *guérie* par des cautérisations avec le bi-chlorure de mercure. Par suite de ce traitement, l'extrémité du nez était criblée de points noirs, correspondant aux orifices détruits des follicules, et qui, entremêlés de brides blanchâtres, reposant sur une surface déprimée, donnaient à cette partie l'aspect d'une écumoire. Cette dame était ainsi débarrassée de son acne, mais atteinte d'une véritable infirmité qu'elle savait incurable et pour laquelle elle nous demandait ce que nous n'avons pu lui donner, le secours d'un cosmétique qui pût pallier cette cicatrice et résister, ne fût-ce que pendant un jour, aux causes extérieures d'amolissement et de destruction.

Mais la cautérisation ne produit même pas toujours une guérison apparente et momentanée. Je l'ai vue déterminer une véritable inflammation ulcérative : la croûte est remplacée par une surface rouge, exulcérée, au milieu de laquelle on distingue les pertuis des follicules, comme détruits dans leur longueur et béans. Les tissus environnans sont enflammés et hypertrophiés ; la sécrétion sébacée plus abondante et mêlée à une certaine quantité de pus séreux, donne lieu à la formation d'une croûte qui n'a plus rien de la couche squameuse de l'acne, mais qui augmente sans cesse, devient bombée et sèche au centre, reste molle à ses bords, et tombe au bout de huit ou dix jours, laissant à nu une surface inégale, déchiquetée, grasse, à fond rouge, parsemée de points déprimés, offrant à sa circonférence de petites croûtes de matière sébacée desséchée.

Parvenue à cet état, cette forme de l'acne que j'ai distinguée par le nom d'*acne sebacea partielle*, affecte une ténacité quelquefois désespérante. A ce titre, elle constitue une affection vraiment grave qui la recommande à toute l'attention des médecins.

L'*acne sebacea* siége fréquemment au cuir chevelu, et là, elle se présente avec une physionomie particulière qui l'a fait admettre comme une espèce distincte. La matière sébacée hypersécrétée peut exister sous deux aspects différens qui constituent deux variétés.

La première, que j'appelle *acne sebacea à forme sèche*, est, comme les précédentes, remarquable par l'absence de chaleur et de prurit, de douleur. Elle se manifeste par l'hypersécrétion, souvent inappréciable au début, d'un liquide sébacé peu abondant. Celui-ci se dessèche et forme, peu à peu, des plaques plus ou moins étendues, ordinairement si minces que le doigt, promené dessus, ne perçoit pas la sensation d'une saillie appréciable. Elles sont d'un gris verdâtre, comme sale, très adhérentes. On comprend qu'elles constituent, à la longue, un obstacle mécanique qui provoque la chute des cheveux et peut déterminer une véritable alopécie. Celle-ci est souvent le premier phénomène qui attire l'attention et permet de reconnaître l'existence de l'acne.

Mais il arrive aussi que les plaques sont à la fois si étendues et si uniformément adhérentes qu'elles ont donné lieu à d'étranges erreurs de diagnostic. Les surfaces saines rendues plus sensibles ont été prises pour des points décolorés, et cette erreur a déterminé l'emploi de topiques excitans, au moins inutiles. L'alopécie est, en ce cas, un symptôme d'une valeur réelle, puisqu'elle n'existe que sur les plaques malades. Celles-ci sont si adhérentes, qu'il est quelquefois difficile d'en enlever une partie soit avec le peigne, soit même avec les ongles. Si on en détache une portion, on voit une surface très peu rouge, mais luisante et grasse.

Cette variété se complique assez souvent de plaques de même nature aux tempes, aux sourcils, aux cils où elle détermine un suintement gras et la formation de petites croûtes, comme gommeuses, qui agglutinent les poils derrière les oreilles, à la nuque, au cou.

L'*acne sebacea du cuir chevelu à forme sèche* peut être entretenue par la malpropreté; mais il n'est pas rare de la voir aggravée par les soins même de la chevelure et surtout par l'emploi de certains cosmétiques. Elle a une durée souvent infinie.

La seconde variété que je distingue par le nom d'*acne sebacea fluente*, est caractérisée par une sorte de flux continuel d'une matière sébacée visqueuse qui mouille et agglutine les cheveux.

Développée au milieu de la santé la plus parfaite, sans troubles généraux ou locaux, elle se manifeste par un état gras, de plus en plus manifeste, du cuir chevelu. Les cheveux semblent enduits, dans leur étendue, d'un liquide visqueux, exhalant une odeur fade, assez semblable à celle de la cire. Si l'hypersécrétion est peu intense, les cheveux sont gras, onctueux; mais il est toujours facile de les séparer. Si elle est abondante, la chevelure semble baignée par une matière visqueuse qui, s'épaississant à mesure qu'elle s'éloigne de la base des poils, les agglutine et forme, surtout chez les femmes, une véritable queue, ou *trichoma :* l'intrication peut être telle qu'il faut un véritable effort pour séparer la chevelure, par masses un peu importantes et dans une certaine étendue.

Cette affection semble entretenue par des poussées périodiques, affectant quelquefois une sorte de régularité; mais elle n'altère jamais le poil lui-même. C'est d'ailleurs une maladie rare (1).

(1) L'exemple le plus complet que j'aie observé m'a été fourni depuis par deux jeunes filles anglaises que j'ai vues avec M. le docteur Cerise.

Les faits que j'ai recueillis, bien qu'en petit nombre, m'ont conduit à penser que la plique polonaise, cette maladie mystérieuse, dont l'histoire a donné lieu aux hypothèses les plus bizarres et inspiré les descriptions les plus effrayantes, pourrait bien n'être qu'une forme, endémique si l'on veut, de l'*acne sebacea fluente*. En effet, si l'on dégage l'étude de la plique des exagérations évidentes qui en ont rendu, surtout à distance, l'appréciation au moins très difficile, on retrouve au fond de toutes les descriptions les caractères qui appartiennent à l'*acne sebacea fluente :* la transpiration du début, l'état de plus en plus huileux du cuir chevelu, la sécrétion glutineuse très abondante, l'odeur fade et nauséabonde, la marche par poussées.

Parmi les symptômes généraux dont on a fait le cortége de la plique, ceux qui paraissent le mieux constatés sont certains troubles de l'appareil gastro-intestinal, une gêne plus ou moins marquée dans la région de l'estomac, la perte de l'appétit, des douleurs articulaires, un état fébrile sans caractère défini. Les accidens locaux consistent dans un sentiment de pesanteur, accompagné de picotemens, quelquefois de véritables douleurs, d'une sorte d'exaltation de la sensibilité. Les yeux sont injectés et larmoyans; il y a de la photophobie. Mais le phénomène le plus remarquable est une intrication plus ou moins considérable et complète des cheveux qui sont comme feutrés, ternes, épaissis. Cet état trichomateux peut être tel, qu'il devienne impossible de séparer les poils. Si l'on pratique dans la masse pliqueuse une incision transversale un peu profonde, on voit sourdre un liquide huileux, incolore, exhalant une odeur particulière.

Si la nature de la plique est telle que nous l'exposons, on comprend que, sous l'influence de certaines conditions climatériques, de l'absence de soins hygiéniques, de l'alimentation, des suggestions de certains préjugés thérapeutiques, cette forme de l'*acne sebacea* puisse acquérir une intensité extrême: on comprend aussi qu'une hypersécrétion aussi abondante ne puisse persister indéfiniment sans qu'il en résulte une réaction générale même grave, des troubles profonds de l'organisme. Mais cela posé, nous croyons qu'il y a une exagération évidente dans la peinture des accidents terribles que l'on a attribués à une sorte de *cachexie pliqueuse*.

Ces descriptions ont provoqué le doute et jusqu'à la négation de la plique; Desgenettes a pu dire de cette maladie qu'elle n'était qu'une affaire de perruquier. Mais il y a, dans cette opinion, un excès en sens contraire. La plique existe certainement avec des caractères qui en font une affection distincte, et très probablement aussi elle n'est qu'une *acne sebacea fluente*, à un degré d'intensité inconnu en France.

L'*acne sebacea fluente* d'ailleurs n'est pas exclusivement fixée au cuir chevelu; je l'ai vue, dans quelques cas, siéger au visage : j'en rapporte plus loin un exemple remarquable.

Elle est caractérisée alors par une hypersécrétion plus ou moins intense, par un véritable flux de matière sébacée, largement répandue sur le visage. Celui-ci est comme baigné par un liquide visqueux, incolore, exhalant une odeur fade, se concrétant çà et là en écailles plates, peu adhérentes, grasses, d'une teinte verdâtre : comme l'éruption peut être accompagnée alors d'un véritable état congestif, procédant par poussées alternatives, il en résulte qu'à première vue et à distance, cette forme d'acne peut être prise pour un *eczema*. Mais elle s'en distingue par des caractères tout particuliers; par la nature même du liquide sécrété, par l'état huileux de la peau, par les croûtes grasses, surtout à leur face interne, plus sèches, d'une teinte grisâtre, uniformément appliquées sur la peau. Ces croûtes existent notamment aux confins de l'éruption ; quelquefois elles recouvrent les surfaces malades, sur tous les points.

Nous venons d'examiner successivement toutes les formes que peut prendre l'*acne sebacea* caractérisée par l'épanchement de la matière sébacée en dehors des follicules. Mais cette espèce d'acne peut se comporter autrement; le liquide hypersécrété peut rester enfermé dans le follicule, le distendre ainsi que nous avons eu occasion de le faire remarquer pour l'*acne punctata*. Dans cette variété, en effet, les *tannes* sont le résultat de l'hypersécrétion de la matière sébacée qui, au lieu de s'épancher au dehors, reste contenue dans le follicule qu'elle distend, en se concrétant sous forme d'une sorte de caillot vermiforme, blanchâtre à sa partie profonde, et sale, comme noircie à la partie que le follicule béant laisse en contact avec l'air (1).

(1) Depuis que j'ai professé ces Leçons, des observations nombreuses ont permis de rattacher à cette forme de l'*acne sebacea* une affection curieuse, signalée à diverses époques sous des titres et des noms différens, que nous avions indiquée nous-même, mais en la rapportant au genre *Molluscum*.

Sous ce dernier nom, introduit dans la pathologie cutanée par Willan et Bateman, ce dernier a décrit une affection *tuberculeuse* dont une variété au moins était caractérisée par des tumeurs d'un volume variable, sessiles, contenant une *matière athéromateuse*, semblable à du lait, que la pression faisait jaillir par une ouverture centrale, apparente surtout sur les tubercules les plus volumineux.

Alibert fit du molluscum de Bateman une variété du genre *Mycosis* *, qu'il nomma *mycosis fongoïde*, mais sans préciser le caractère d'hypersécrétion sébacée que l'on trouve, au contraire, indiqué nettement dans le *molluscum athéromateux* de M. le docteur Jacobovics **.

Robert Willis avait décrit *** des *tumeurs folliculeuses* résultant de la distension des follicules, d'une teinte *opaline semi-transparente*, sessiles et pédiculées. Mais le fait d'une maladie jusqu'alors méconnue et dont les caractères se rapporteraient à ceux de l'*acne sebacea* a été surtout bien apprécié par M. Bazin dans

* *Monographie des dermatoses*, t. II, p. 413; 1835.
** *Du molluscum*. Recherches critiques, etc., 1840.
*** *Illustrations of cutaneous diseases*. 1851.

Causes. S'il n'est pas possible d'apprécier exactement le rapport qui existe entre les diverses causes de l'acne et la lésion folliculeuse qui constitue cette affection, son étiologie offre toutefois un sujet de considérations intéressantes.

L'acne est, en général, sous la dépendance de la puberté, de l'âge critique, de certains troubles fonctionnels, d'altérations plus ou moins profondes du foie, de l'utérus, de l'estomac, des écarts de régime, des veilles prolongées, des émotions morales vives; mais certaines causes semblent plus particulièrement influencer les diverses formes de l'acne.

L'*acne simplex* affecte presque exclusivement la jeunesse. Elle coïncide avec l'âge de puberté, l'époque de la menstruation.

L'*acne indurata* a paru se développer sous l'influence de l'onanisme, de troubles des voies intestinales, de l'exposition à l'air, de certaines professions obligeant à tenir la tête baissée devant un foyer ardent.

L'*acne rosacea* est produite ou entretenue par des affections chroniques de l'appareil gastro-intestinal, par des altérations organiques du foie. Chez les femmes, elle coïncide surtout avec l'époque critique, avec des troubles de la menstruation, des affections utérines. Cette forme affecte aussi les personnes adonnées aux excès de table, d'une constitution hémorroïdale; elle a fréquemment pour cause les contentions excessives de l'esprit, les émotions morales vives, tout ce qui tend à gèner la circulation, à provoquer des congestions sanguines vers la tête.

L'*acne sebacea* se manifeste surtout dans la jeunesse et l'âge mûr; elle semble influencée par le tempérament sanguin et lymphatique: dans quelques cas, elle a paru coïncider avec une affection rhumatismale très étendue. Elle est déterminée par certaines causes particulières; l'exposition à un air vif, au vent froid, certaines conditions atmosphériques. L'acne sebacea du cuir chevelu est très souvent produite par la malpropreté, l'usage de cosmétiques irritans, l'habitude de coiffures chaudes ou lourdes, enfin des influences climatériques, comme on l'observerait spécialement pour la plique.

L'acne peut être héréditaire. Elle n'est point contagieuse, si ce n'est peut-être sous la forme d'*acne molluscum*. Je dois dire que les faits observés n'établissent pas nettement la nature contagieuse de cette variété : j'ai vu entre autres à la consultation de l'hôpital Saint-Louis une femme d'une soixantaine d'années, d'une bonne santé d'ailleurs, qui portait depuis plusieurs mois, au col du côté gauche, une quarantaine de petites tumeurs folliculeuses, très rapprochées, blanches, semi-transparentes, dont quelques-unes étaient ombiliquées. Cette femme vivait en famille, au milieu d'enfans et de petits-enfans, sans qu'aucun d'eux ait jamais été atteint de cette affection. Cependant il n'y avait point de doute possible sur la nature de la maladie. Quelques-unes des tumeurs ayant été pressées, avaient laissé jaillir un liquide blanc, graisseux, caractéristique. Cependant il ne faudrait pas rejeter d'une manière absolue une

la description qu'il a donnée d'une *acne varioliforme* *, ainsi nommée par lui à cause de la forme ombiliquée des tumeurs, et caractérisée par une altération de la matière sébacée retenue dans les follicules. La même affection a été signalée enfin par M. Caillault, interne des hôpitaux, qui a proposé de l'appeler *acne molluscoïde* **.

Si l'on rapproche ces faits de celui que Tilesius a décrit *** comme une monstruosité de la peau, et qui n'était bien évidemment qu'une affection folliculeuse, on reste convaincu que toutes ces observations diverses doivent être rapportées à une seule et même forme morbide qui doit être rattachée au type de l'acne sebacea, et qu'il faut distinguer sous le nom d'*acne molluscum*.

Cette variété, qu'il n'est plus possible de méconnaître, est caractérisée par une hypersécrétion de la matière sébacée qui reste contenue dans les follicules qu'elle distend de manière à former des tumeurs d'un volume variable, remarquables par une dépression centrale qui correspond à l'ouverture plus ou moins dilatée des follicules.

L'*acne molluscum* se développe sans phénomènes de réaction générale, sans symptômes locaux appréciables, au milieu de tous les attributs d'une santé parfaite, au moins en apparence. Elle débute par des points saillans, de la couleur de la peau : c'est le premier degré de l'hypertrophie du follicule. Les petites tumeurs augmentent peu à peu, sans douleur, sans prurit; après un temps plus ou moins long, elles acquièrent un volume très variable; le plus souvent elles sont de la grosseur d'un pois; quelquefois elles égalent celle d'une petite noisette; dans quelques cas plus rares, elles atteignent des proportions beaucoup plus considérables. Ordinairement peu nombreuses et limitées à des points particuliers, elles peuvent, au contraire, être largement répandues sur plusieurs points du corps, affecter même un caractère de généralité remarquable. Dans ce cas même, elles sont en plus grand nombre, quelquefois même, mais exceptionnellement, comme confluentes.

Les tumeurs folliculeuses de cette acne sont semi-transparentes, sans couleur bien définie, quelquefois de la teinte de la peau. Le plus souvent sessiles, peu consistantes, oblongues et acuminées, ou, au contraire, comme renflées et aplaties à leur sommet, elles offrent assez bien l'apparence de certaines verrues. Mais ce qui les distingue particulièrement, c'est une dépression centrale, plus ou moins manifeste et qui correspond à l'orifice des follicules dilatés et béans. Ce point est d'un gris sale, quelquefois noirâtre; si on le comprime, il devient plus appréciable; si on le presse fortement, il en sort ou une substance comme crayeuse, jaunâtre, vermiforme, ou un liquide laiteux, plus ou moins épais, poisseux : c'est la matière sébacée concrétée dans le premier cas, restée à l'état fluide dans le second.

Les tumeurs de l'*acne molluscum* se développent successivement, en suivant toujours la même marche chronique, en offrant les mêmes caractères, mais aussi en présentant des différences marquées quant à leur volume définitif. Parvenue à un certain degré, l'éruption peut rester stationnaire; elle a ordinairement une durée très longue.

L'*acne molluscum* semble se manifester de préférence dans l'âge adulte. On l'observe aussi dans la première et la seconde enfance : elle peut affecter tous les points du corps, mais elle est surtout fréquente à la face, au cou, à la partie antérieure du tronc.

* *Journal des connaissances médicales.* 1851.

** *Archives générales de médecine.* 1851.

*** *Hist. path. Cutis turpidipis singularis.* Leipzig, 1798.

opinion émise par des observateurs considérables et qui n'est pas plus incompatible avec le caractère non contagieux de l'acne en général, que la contagion exceptionnelle de l'*herpes tonsurant* ne l'est avec celui de l'herpès.

Diagnostic. Sous ses différentes formes, l'acne est, en général, une maladie facile à reconnaître.

Si l'on se rappelle ses pustules isolées, à base plus ou moins dure, suppurant incomplétement, à marche chronique, on ne saurait les confondre, ni avec celles de l'*impetigo* qui sont très petites, agglomérées, confluentes, reposant sur une surface enflammée; ni avec celles de l'*ecthyma*, toujours larges, à base très enflammée, suppurant complétement. Il peut être plus difficile de les séparer des pustules du sycosis qui offrent des caractères à peu près analogues: mais ces dernières sont douloureuses, plus petites encore, et surtout elles ont pour caractère spécial de siéger exclusivement dans la barbe.

Quand la suppuration des pustules de l'acne donne lieu à une croûte, celle-ci, toujours très légère, peu persistante, n'a rien qui ressemble aux croûtes molles, melliformes, épaisses de l'impetigo; aux croûtes sèches, saillantes, noires de l'ecthyma; aux croûtes brunâtres, sèches, irrégulières, dures, persistantes du sycosis.

On a pu prendre des pustules d'acne pour des *pustules syphilitiques;* mais celles-ci sont toujours entourées d'une auréole cuivrée; elles ont une tendance à l'ulcération et, le plus souvent d'ailleurs, elles sont compliquées d'autres accidens syphilitiques qui ne sauraient permettre l'erreur.

Les indurations tuberculeuses de l'acne pourraient être confondues avec les tubercules syphilitiques, ou avec ceux du lupus. Mais ceux de la syphilis sont ovalaires, d'une teinte cuivrée et caractéristique, souvent recouverts de squames grisâtres, dures, adhérentes : ceux du lupus sont aplatis, mollasses, larges, accompagnés d'un état de boursoufflement des tissus sous-jacens.

Les cicatrices qui succèdent à l'acne ne pourraient en imposer que pour des cicatrices syphilitiques; mais celles-ci sont rondes, déprimées, blanches, tendues, quelquefois bridées, celles-là sont oblongues, saillantes, mollasses, bleuâtres, caractères qui ne sauraient permettre l'erreur.

Le diagnostic de certaines formes de l'acne donne lieu à quelques considérations particulières. Celui de l'acne rosacea est, en général, excessivement facile. Cette variété ne saurait être confondue avec rien, si ce n'est peut-être avec l'*érythème centrifuge* qui siége surtout au visage, et qui peut se présenter dans des conditions analogues; mais dans cette dernière affection, il existe un symptôme pathognomonique que l'on ne retrouve pas dans l'acne; c'est l'amincissement, par usure, de la peau qui est lisse, tendue, recouverte de pellicules très adhérentes, tandis que dans l'acne elle est grasse, comme huileuse, parsemée de points pustuleux.

L'*acne sebacea* a donné lieu, dans un grand nombre de cas, à des méprises dont quelques-unes ont pu n'être pas sans gravité.

Largement répandue au visage, par exemple, elle a été prise pour une variété de l'icthyose. Mais dans celle-ci la peau est tout entière affectée; elle est sèche, difficile à malaxer, et recouverte d'ailleurs de véritables squames épidermiques. Ces caractères doivent la séparer complétement des plaques unies, continues, d'un gris verdâtre, accompagnée d'ailleurs d'un état gras, huileux de la peau, que l'on observe dans l'*acne sebacea*.

Si nous nous rappelons les traits relatifs à l'histoire de l'*acne sebacea partielle*, nous comprendrons quelle importance offre le diagnostic de cette variété; nous le comprendrons mieux encore, si nous savons qu'on l'a confondue avec une affection des plus graves, le *noli me tangere*. Mais cette dernière maladie est caractérisée par des tubercules durs, saillans, si aplatis qu'ils soient, très douloureux, faisant corps avec le reste de la peau, ou s'ulcérant; tandis que l'*acne sebacea partielle* est constituée par de petites plaques superficielles, grasses, ayant l'aspect de croûtes d'un gris verdâtre, indolentes, faciles à détacher de la surface de la peau, et laissant au-dessous d'elles une plaie rougeâtre, humide et grasse.

Quand, par suite de l'emploi réitéré de caustiques, l'*acne sebacea partielle* s'est changée en une surface enflammée, exulcérée, qui s'étend de proche en proche, sans se cicatriser, le diagnostic pourrait être plus difficile. Mais la plaie de l'acne a des caractères qui lui sont propres et qui peuvent toujours la faire reconnaître. Elle est superficielle, inégalement circonscrite, grasse, si l'on peut dire ainsi : elle est composée de petites anfractuosités que séparent des points plus élevés; elle offre souvent à ses bords de petites croûtes grasses, molles, de matière sébacée. Ces signes bien appréciés, doivent suffire pour séparer la plaie de l'acne sebacea partielle des ulcères de la syphilis ou des ulcérations inégales, déchiquetées du cancer, qui ont une tendance à détruire profondément et rapidement les tissus.

Au cuir chevelu, l'*acne sebacea à forme sèche* pourrait être confondue avec l'*eczema squameux* et le *pityriasis*. Mais, outre que l'eczema est le plus souvent accompagné d'un suintement plus ou moins considérable, d'excoriations, de vésicules; à l'état le plus squameux, il est caractérisé par de petites lamelles blanches, molles, flottant dans la chevelure et qui n'ont aucune ressemblance avec les plaques d'un gris sale, très fermement adhérentes à la peau, que l'on remarque dans l'acne.

Quant au pityriasis, l'erreur serait surtout favorisée par l'existence d'un caractère commun, procédant de la même manière, de l'alopécie. Mais le flux farineux qui caractérise le pityriasis n'a rien qui rappelle les *croûtes* aplaties,

tenaces de l'acné; l'alopécie elle-même est différente dans l'un et l'autre cas. Plus soudaine, plus rapide, plus passagère aussi dans le pityriasis, elle est, dans l'acne, plus lente, plus durable, quelquefois même permanente.

Les caractères que nous avons assignés à l'*acne sebacea fluente* font qu'il est très difficile de la confondre avec aucune autre maladie. Le caractère gras et visqueux du liquide sécrété, l'état de la chevelure imprégnée dans sa longueur, empesée sous forme de queue, séparent suffisamment cette variété, des *achores*, maladie particulière à la première enfance et toujours accompagnée d'excoriations; de l'*eczema*, qui est toujours caractérisé par la sécrétion d'un liquide séreux; de l'*impetigo*, dans lequel l'agglutination des poils produit une calotte sèche, hérissée, sordide, parsemée de débris qui lui ont fait donner le nom de *granulata*.

Siége et nature. L'acne, en général, affecte surtout la face, le cuir chevelu, la partie antérieure et postérieure du tronc, les épaules. Elle est rare sur les autres points de la surface du corps.

Au point de vue de sa nature, elle a son siége anatomique dans les follicules sébacés, et elle consiste dans une lésion de sécrétion de la matière folliculeuse, indépendante des phénomènes d'inflammation qui peuvent l'accompagner.

Pronostic. L'acne n'est point, en général, une maladie grave; elle coïncide même souvent avec un bon état de santé. Elle montre, dans quelques cas, une opiniâtreté souvent très difficile à vaincre, mais elle ne prend un caractère sérieux qu'accidentellement, lorsqu'elle a été, par exemple, dénaturée par l'emploi des caustiques, comme cela arrive pour certaines formes de l'*acne sebacea.*

Le pronostic varie d'ailleurs selon le type que revêt l'éruption. L'*acne simplex* est toujours une affection légère : il faut en dire autant de l'*acne punctata*, bien qu'elle soit souvent assez persistante. L'*acne rosacea* acquiert plus d'importance, en raison des troubles généraux dont elle dépend : elle est souvent très rebelle, et peut acquérir en même temps assez d'intensité pour devenir, chez les femmes, par exemple, une sorte de difformité, source de tourmens quelquefois exagérés. L'*acne sebacea*, moins opiniâtre que la précédente, peut n'être pas toujours facile à modifier, surtout quand elle est ancienne, ou bien liée à un état constitutionnel. Dans quelques cas enfin, à raison de son siége, de sa persistance toute locale, et aussi des moyens employés pour la combattre, elle peut revêtir une certaine gravité, comme nous l'avons vu pour l'*acne sebacea partielle.*

Traitement. Le traitement de l'acne varie selon les indications directes tirées de la forme de l'éruption, de son ancienneté, de l'état actuel du malade.

L'*acne simplex*, sous sa forme la plus légère, quand elle est peu étendue, quand les pustules sont en petit nombre, sans induration notable, n'est pas, à vrai dire, une maladie, et ne demande pas de moyens particuliers de traitement si ce n'est peut-être un régime doux.

Si elle est plus intense, si elle est liée à une constitution vigoureuse, à l'influence de l'époque de la menstruation chez les jeunes filles, alors elle réclame des moyens adoucissans, l'usage du petit-lait ou d'une infusion de chicorée en boisson, un régime doux, quelques laxatifs, quelques bains de son. Il faut quelquefois recourir à la saignée générale, s'il y a des symptômes de pléthore, si la menstruation est difficile. Dans ce dernier cas, on a recours aussi aux applications de sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses, aux bains de siége, aux fumigations douces, chaudes, émollientes. Localement, on devra conseiller des lotions adoucissantes avec l'eau de son, le lait tiède, une émulsion d'amandes amères. Si les pustules ont une tendance à l'induration tuberculeuse, on en favorisera la résolution par des frictions légères avec des topiques qui sont mieux indiqués dans la forme suivante.

L'*acne indurata* réclame le même traitement général que l'*acne simplex*. Mais il faut recourir ici à certains moyens locaux que commandent la persistance et l'intensité du caractère tuberculeux, l'absence de toute inflammation. C'est alors qu'on emploie des lotions plus excitantes avec une infusion de roses rouges, de lavande, de petite sauge, légèrement additionnée d'alcool. Quelquefois même une solution de sublimé (15 à 20 centigrammes pour 250 grammes d'eau distillée). C'est alors aussi que les pommades peuvent être utiles : j'en ai essayé un grand nombre; mais j'ai surtout obtenu de bons effets d'une pommade au proto-chlorure ammoniacal de mercure, à la dose de 1 à 2 grammes pour 50 grammes d'axonge; et aussi au bi-iodure de soufre, dans les mêmes proportions. J'ai vu souvent, sous l'influence de ce moyen, une acne indurata, très tuberculeuse, se modifier avec une rapidité remarquable.

Mais de tous les topiques, les plus utiles, sans contredit, sont les bains de vapeur aqueuse, et mieux encore les douches dirigées sur les points malades, pendant dix à douze minutes, à la température de 32 à 34° R.

Pour compléter la résolution des tubercules, Biett employait, avec avantage, les douches sulfureuses froides. Elles sont surtout utiles dans les formes compliquées d'*acne punctata.*

On a proposé la cautérisation pour combattre l'*acne indurata;* mais c'est un moyen inutile, s'il n'est que superficiellement appliqué; dangereux, s'il est assez énergique pour détruire le follicule, puisqu'il produit alors des désordres irréparables et que ne saurait compenser une guérison achetée à ce prix. Pour modifier des surfaces envahies par cette acné, on a conseillé, avec avantage, l'application de vésicatoires volans.

Le traitement de l'acne indurata est favorisé avantageusement par l'administration de purgatifs, par l'usage de certaines eaux thermales, surtout celles d'Enghien, de Cauterets, d'Aix en Savoie, de Louesche, etc.

La première indication à suivre dans le traitement de l'*acne rosacea*, c'est d'étudier la constitution du malade, de rechercher les troubles généraux qui peuvent influencer l'éruption, d'interroger les fonctions utérines, l'état des voies intestinales, de constater enfin, pour les combattre, les troubles organiques qui produisent ou entretiennent l'éruption. On s'attachera à prévenir le retour des poussées congestives; on éloignera les excès de table, les exercices fatigans, les travaux de cabinet, l'exposition prolongée à la chaleur, les émotions morales vives. On conseillera une vie sobre et régulière, un régime alimentaire composé surtout de viandes blanches, de légumes frais, de fruits aqueux et fondans; on proscrira les viandes noires, les mets salés et épicés, le gibier, les liqueurs, le café.

Les évacuations sanguines sont souvent indiquées dans l'*acne rosacea ;* mais elles doivent être le plus souvent locales; elles consistent dans l'application de sangsues au voisinage des points affectés, derrière les oreilles, par exemple. Si l'acne s'est manifestée à l'âge critique, les saignées générales conviennent mieux : si elle coïncide avec des troubles de la menstruation, on provoquera l'apparition des règles par des moyens appropriés. On a conseillé l'immersion des jambes dans de l'eau chaude où l'on ajoute 60 grammes d'acide chlorhydrique pour 8 à 10 litres d'eau; c'est un moyen utile, mais je lui préfère l'application de bandes mouillées que l'on enroule autour des cuisses, depuis le genou jusqu'à l'aine, et que l'on recouvre de bandes de flanelle sèche, enroulées de même. On répète cette application tous les jours pendant la semaine qui précède l'époque. Elle doit avoir lieu le soir, au moment du coucher, et pendant deux ou trois heures, rarement plus. C'est un moyen simple, et qui m'a donné les résultats les plus satisfaisans.

Le traitement est aidé par l'emploi de boissons amères, de quelques laxatifs. Je conseille aussi le mélange suivant, que j'administre à la dose de deux cuillerées à soupe par jour, matin et soir : R. bi-carbonate de soude, 2 grammes; sirop de gentiane, 125 grammes.

Les topiques doivent être employés avec une grande réserve dans l'*acne rosacea*. Il faut s'abstenir de toute application locale tant soit peu active, quand l'éruption est sous l'influence d'une poussée congestive, d'une sorte d'état aigu. On se borne alors à quelques lotions d'eau de son; on peut se contenter de faire saupoudrer les points malades avec un peu de poudre d'amidon qui calme la chaleur locale. Quand il n'existe pas de signes d'inflammation, ou quand ceux-ci ont disparu, je conseille les lotions avec la mixture de Gowland modifiée; avec une infusion légère de thé; avec de l'eau de son, dans laquelle on ajoute, pour un verre, six à huit gouttes d'ammoniaque liquide.

Il faut s'abstenir de toute pommade.

Le traitement interne de l'*acne sebacea* est celui de l'acne en général, sous réserve des indications qui résultent de la constitution particulière du malade. Il consiste surtout dans l'emploi des amers, des laxatifs et du régime approprié.

Les topiques sont alors très utiles et presque constamment indiqués. J'obtiens de très bons effets des douches de vapeur, administrées pendant 15 à 20 minutes, à la température de 34 à 35° R. Les lotions aromatiques, styptiques ou acides sont aussi très utiles; mais celles qui réussissent le mieux sont les lotions ammoniacales. Elles conviennent particulièrement dans l'*acne sebacea du cuir chevelu.* Elles sont puissamment aidées par l'emploi des bains alcalins, en conseillant au malade de se laver la tête avec l'eau du bain. On proscrira l'usage de toute espèce de cosmétique, de toute manœuvre pouvant tourmenter et fatiguer la chevelure.

L'*acne sebacea partielle* demande les mêmes moyens généraux et locaux; mais si elle s'est exulcérée sous une influence accidentelle, alors il faut recourir à quelques moyens particuliers. On conseillera les lotions avec l'eau végéto-minérale, avec une solution de sulfate de zinc ou de tannin dans la proportion de 2 à 4 grammes pour une infusion de rose. Mais j'emploie depuis quelques années un topique qui m'a donné des résultats prompts et complets; c'est une solution de bi-iodure de mercure dans l'éther, selon la formule suivante : P. bi-iodure de mercure, 75 centigrammes; éther sulfurique, 60 grammes. F. dissoudre. Toucher tous les jours les points malades avec un pinceau imbibé de ce liquide. Il en résulte une croûte épaisse, dure, qui se contracte et persiste pendant une ou deux semaines, et laisse chaque fois une surface de plus en plus cicatrisée.

Il ne faut en aucun cas recourir à la cautérisation.

Le traitement de l'acne produit une modification d'autant plus sûre qu'il est, dans tous les cas, continué avec attention et persévérance.

Observation. — *Acne sebacea fluente du visage, coïncidant avec un état congestif, des épistaxis, des céphalalgies,* etc. — *Traitement par les lotions ammoniacales, puis par la liqueur de Gowland, plus tard par des lotions avec le sulfate de zinc et le tannin, des bains de vapeur, et enfin l'application topique d'un mélange de poudre de tan et d'amidon. — Guérison.* (Hôpital Saint-Louis. Observation recueillie par M. Duménil, interne du service.)

Le nommé X..., âgé de vingt-six ans, est d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution. Entré de bonne heure dans la marine, il y a contracté l'habitude des excès de boisson. Il a toujours été sujet à un suintement huileux de la peau du visage; mais ce phénomène n'était appréciable que quand il se fatiguait un peu, ou même quand il s'appliquait à quelque chose sans se livrer à un exercice musculaire un peu violent. A part ces circonstances, le visage était habituellement dans un état naturel.

Depuis sa jeunesse, X... a eu des épistaxis, plus ou moins abondantes, qui se renouvelaient souvent à plusieurs reprises dans la journée. Il ressentait fréquemment des bouffées de chaleur qui lui montaient au visage; il était sujet aussi à des céphalalgies intenses, pour lesquelles il a été saigné plusieurs fois. Il n'a éprouvé du reste aucune maladie.

Au mois de mai 1852, il entra dans un hôpital pour des douleurs de tête. Pendant son séjour dans cet hôpital, il lui vint d'abord sur les sourcils, puis successivement sur toute la face, des petits boutons rouges, sans suppuration, qui se recouvraient de petites squames jaunâtres, grasses, se détachant assez facilement. La céphalalgie avait disparu en même temps que se faisait l'éruption. Le suintement huileux du visage était alors continuel et beaucoup plus abondant qu'il ne l'avait jamais été. Les squames se reproduisaient de temps à autre et quand elles tombaient, soit spontanément, soit détachées par un moyen quelconque, les points où elles s'étaient formées restaient toujours gras. En même temps la peau du visage prit une teinte rouge générale, et l'intensité de cette coloration était toujours en rapport avec l'abondance de la sécrétion. On conseilla des bains sulfureux. X... resta quatre mois à l'hôpital, et quand il en sortit, le suintement continuait.

Ayant alors quitté le service, X... retourna à la campagne, où il vécut sobrement; mais, malgré cette vie nouvelle, voyant la sécrétion du visage continuer, il se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis le 10 décembre 1853, dans le service de M. Cazenave, au n° 2 de la salle Napoléon.

La santé générale est bonne; les fonctions se font bien; il n'y a pas de céphalalgie; mais la peau du visage, légèrement rosée, est mouillée par un liquide onctueux, incessamment sécrété: elle est grasse, luisante, comme sale en divers points. Par moment la congestion semble plus marquée, la sécrétion est plus abondante; il y a un véritable flux d'une matière huileuse qui se répand sur le visage et se concrète en squames minces, aplaties, jaunâtres, se détachant ou plutôt glissant sur la peau avec facilité. C'est une *acne sebacea à forme fluente*, variété assez rare d'ailleurs, et qui mérite l'intérêt des praticiens.

M. Cazenave ordonne des bains de vapeur et des lotions ammoniacales (10 à 15 gouttes d'ammoniaque liquide dans un verre d'eau de son). Il prescrit à l'intérieur le bi-carbonate de soude, à la dose de 2 grammes dans un litre de tisane.

Ce traitement est continué pendant quelque temps, mais sans résultat.

Le 21 février, on remplace les lotions ammoniacales par des lotions avec la liqueur de Gowland, matin et soir. Les jours suivans, la peau devient d'un rouge vif: le malade accuse au visage un sentiment de chaleur assez vif, surtout dans quelques points : il se fait une véritable poussée de matière sébacée fluente, et il se forme de petites croûtes jaunes, sèches, résultant de cette matière, accumulée surtout dans le sillon naso-génien.

M. Cazenave substitue aux lotions de Gowland les lotions avec une solution de sulfate de zinc dans la proportion de 4 grammes pour 500 grammes d'eau distillée. Plus tard, on remplace celles-ci par des lotions avec une solution de tanin, dans les mêmes proportions; elles sont continuées pendant quelque temps et, sous l'influence de ce moyen, se manifeste une amélioration notable. La sécrétion, après avoir diminué graduellement, cesse tout à fait, laissant après elle une rougeur uniforme qui pâlit et tend à s'effacer de plus en plus.

On cesse les lotions; mais M. Cazenave insiste sur les bains de vapeur et fait saupoudrer, matin et soir, les points malades avec une poudre composée d'une partie de tan pour trois parties d'amidon.

Ces moyens sont continués pendant quelque temps. Bientôt la peau a repris son aspect normal; il n'y a plus de rougeur, plus de trace de suintement. X... n'a eu d'ailleurs aucune nouvelle atteinte de céphalalgie, aucune épistaxis. Il sort guéri.

L'*acne sebacea* est caractérisée, avons-nous dit, par une hypersécrétion de la matière sébacée; mais, dans quelques cas, plus rares il est vrai, elle peut consister au contraire dans une lésion de sécrétion en moins, et dans une modification particulière de la nature même de cette sécrétion.

Cette forme de l'acne sebacea siége surtout au visage, bien que je l'aie vue répandue sur toute la surface du corps; elle est caractérisée par un état de sécheresse, par une sorte de rétraction de la peau des points affectés, en même temps que par des croûtes plus sèches, plus dures, plus adhérentes.

Le caractère le plus important de cette forme, c'est une tendance à détruire les points affectés. Les conditions dans lesquelles nous l'avons observée, la marche de la maladie, l'étude des phénomènes et des désordres qu'elle détermine nous l'ont fait considérer comme une complication du *lupus*, et nous nous proposons de la signaler plus complétement en écrivant l'histoire de ce type, un des plus curieux de la pathologie cutanée.

FAVUS.

Teigne ; tinea favosa ; tinea lupinosa, Willan ; *tinea vera*, Lorry ; *Porrigo favosa*, et *scutulata* de Biett ; *teigne faveuse d'Alibert ; Ring-worm.*

L'histoire du favus soulève un point de doctrine préjudiciel qu'il importe de résoudre tout d'abord, pour dégager l'étude de cette maladie si curieuse des causes de confusion qui peuvent égarer les meilleurs esprits. Ce point embrasse les considérations critiques auxquelles donne lieu la théorie des *teignes ;* c'est-à-dire qu'il touche à une des plus importantes questions de la pathologie cutanée.

On trouve dans les anciens auteurs une tendance à grouper ensemble toutes les affections du cuir chevelu ; et si quelques-uns leur ont conservé une physionomie individuelle, distincte, la plupart ramenaient ces affections à des types communs; plus souvent sans autres caractères différentiels que la sécheresse et l'humidité. C'est ainsi que le terme de *porrigo* est employé par les Latins dans une acception presque aussi mal définie que celle que nous avons vu, de nos jours, attribuer au mot *teigne.* A mesure que l'étude de ces maladies particulières prend plus d'importance, on voit se manifester de plus en plus la tendance à les rapprocher en un seul faisceau, à en faire une même famille, jusqu'à ce qu'elles se réunissent sous une seule dénomination, celle de *teignes.*

La première classification méthodique du genre *tinea* est due à Guy de Chauliac qui en a admis cinq espèces, *tinea favosa, ficosa, amedosa, uberosa, lupinosa.* Cette méthode a pu être modifiée dans la forme par les auteurs qui se sont occupés des maladies du cuir chevelu; mais elle a été acceptée et continuée quant au fond, c'est-à-dire quant à l'emploi du mot teigne pour spécifier toutes ces affections indistinctement. On la retrouve presque littéralement dans la première classification générale d'Alibert qui, lui aussi, décrivit cinq espèces de teignes plus ou moins ingénieusement qualifiées. Mais tous les artifices d'une nomenclature habile ne servent ici qu'à faire mieux ressortir les vices d'une définition dont l'inconvénient radical est de confondre sous un même nom des éruptions essentiellement distinctes par leur nature et leurs symptômes. Ainsi, à côté de la *teigne faveuse* qui est la *vraie teigne,* on trouve la *teigne granulée* qui est tout simplement un *impetigo;* la *teigne furfuracée,* qui représente le *pityriasis ;* la *teigne amiantacée,* forme particulière de l'*eczema;* la *teigne muqueuse,* où il ne faut voir que les *achores* et les *gourmes.* Nous ne parlerons pas ici de l'inconvénient qui résulte, pour la pratique, de ce que la même maladie (*impetigo, eczema*, etc.), qui est une *teigne* quand elle existe au cuir chevelu, devient une *dartre*, et est décrite comme telle, si elle se présente sur tout autre point de la surface du corps.

Toutes ces contradictions résultaient de l'emploi beaucoup trop généralisé du mot teigne qui, pour être appliqué indistinctement à des maladies essentiellement différentes, perdait toute la signification qu'il aurait pu avoir dans des limites plus restreintes. Cela est si vrai que des observateurs les plus considérables, tout en admettant la classification des maladies du cuir chevelu en teignes, reconnaissaient implicitement les vices de cette doctrine, en affirmant une *vraie teigne* comme l'a fait Alibert, subissant l'irrésistible ascendant de l'observation. Cela est si vrai encore que, comme conséquence de cette exception, on a admis des *fausses teignes*, non sens qui n'a pas peu contribué à entretenir la confusion qui a régné si long-temps dans l'étude des maladies de la peau.

Willan et Bateman rejetèrent la dénomination de *tinea,* mais retombèrent dans le même écueil que leurs devanciers, en donnant au terme de *porrigo,* choisi par eux, cette acception complexe et diffuse que les esprits pratiques reprochaient à l'ancienne classification. On retrouve avec la dénomination nouvelle les mêmes causes d'obscurité et de confusion. Ainsi Willan avait admis six espèces de porrigo correspondant, ou à peu près, à toutes les affections du cuir chevelu. C'était le *porrigo lupinosa,* la vraie teigne d'Alibert, à côté du *porrigo larvalis* (achores, gourmes), du *porrigo favosa* (impetigo), du *porrigo furfurans,* type complexe où l'on retrouve et le pityriasis et certaines formes à l'état squameux, l'*eczema* par exemple ; du *porrigo decalvans,* espèce très obscure, très mal comprise, et qui n'est autre chose que le *vitiligo.* Il suffit d'énoncer cette nomenclature pour faire comprendre qu'elle avait, comme celle d'Alibert, comme celle de Guy de Chauliac, l'inconvénient radical de confondre, sous un même nom, des maladies dissemblables par leur nature, leurs symptômes, leur gravité; d'attacher indistinctement à ces affections une idée commune de périls et d'abjections qui n'appartient qu'à l'une d'entre elles ; de rendre très difficiles, sinon impossibles, le diagnostic et le traitement rationnel de maladies peu connues et si souvent tenaces par elles-mêmes.

Après des siècles de confusion, Lorry, guidé par son jugement sûr, inspiré aux meilleures sources de la science, avait donné un exemple trop peu suivi en n'admettant, lui, qu'une seule espèce de teigne. Mais il était donné à Biett de ramener à ses termes exacts l'étude clinique d'une affection qui allait enfin avoir sa véritable valeur, à la condition d'être un type à part, nettement défini. Biett conserva, il est vrai, de la classification de Willan le terme



Bocourt pinx.t

Coupé sculp.

Porrigo favosa

Impé par Chardon aîné et Aze



Porrigo favosa

Favus disséminé.

Imp. F. Chardon ainé, 30, r. Hautefeuille, Paris.

de *porrigo*, mais en le dégageant des acceptions diverses que lui avait données l'école anglaise, et en restreignant l'application à la maladie que nous allons décrire sous le nom de favus.

C'était là un progrès doublement notable en ce qu'il sanctionnait la renonciation au mot teigne, compromis par les préjugés séculaires qui s'y rattachaient, et en ce qu'il permettait de reporter à leurs véritables types les formes si mal à propos décrites sous le nom de *fausses teignes*. On pouvait croire que l'expérience avait ainsi fait définitivement justice d'une théorie tombée en désuétude; mais voilà que des auteurs, disposés à attaquer l'école de Willan et de Biett, n'ont rien imaginé de mieux, entre autres choses, que de faire revivre la famille des teignes, en y ajoutant quelques idées subsidiaires qui sont loin d'éclairer la question. L'observation clinique l'emportera sans doute sur ces tendances; mais en présence des vieilles opinions que nous voyons se reproduire encore une fois, il nous a semblé de nouveau nécessaire de protester contre une théorie qui compromet la science sans profit pour la pratique.

Presque toutes les maladies de la peau peuvent se présenter au cuir chevelu. Ainsi on y retrouve le psoriasis, la lèpre vulgaire, l'acne sebacea, l'ecthyma; mais il est vrai de dire que quelques-unes affectent plus particulièrement ce siége; ce sont : les achores, l'eczema, l'impetigo, le pityriasis, l'herpes tonsurant. Or, si l'on veut arriver à une connaissance exacte de ces formes, en apprécier sûrement la valeur et le pronostic; si l'on veut leur appliquer un traitement rationnel, il faut rompre ouvertement avec toute prétention de les réunir en un seul faisceau, même sous réserve de les différentier par des qualificatifs plus ou moins heureux. Il faut rejeter surtout la dénomination de teignes qui implique des idées d'opprobre, de gravité, de contagion, dont le résultat est de jeter le trouble dans les esprits et la confusion dans l'étude de ces maladies.

Les affections que l'on a groupées et décrites sous le nom de fausses teignes doivent, pour la plupart, être reportées aux types dont elles dépendent et dont elles ne sauraient être distraites à raison des caractères particuliers qu'elles peuvent emprunter à leur siége accidentel. C'est ce qui a lieu pour l'eczema, l'impetigo, les affections squameuses, l'acne sebacea, et même pour l'herpes tonsurant.

Quant à la maladie du cuir chevelu que l'on a distinguée sous le nom de vraie teigne, elle constitue un type à part qui, par sa nature, ses symptômes, sa gravité, n'a aucune analogie avec les affections dont nous venons de parler, et dont, à ce titre, il doit être complétement séparé. Bien plus, il m'a semblé que, si le terme de *porrigo* ne rappelait pas l'idée d'abjection liée à celui de teigne, il avait l'inconvénient d'avoir été employé comme base d'une classification des maladies du cuir chevelu, ce qui en faisait, ne fût-ce qu'à un degré moindre, une cause possible de la confusion qu'il importait au plus haut point de faire cesser. J'ai renoncé à une dénomination qui avait été admise par Biett, en me bornant à celle de favus qui avait le double avantage d'être une expression aussi heureuse que possible de l'affection à laquelle je l'applique, et de n'être pas compromise par un emploi diffus et incorrect.

Ces considérations nous ont paru nécessaires pour déblayer le terrain de doctrines dont on voudrait reconstituer les débris et qui, si elles devaient être restaurées dans la science, tendraient à nous replonger dans le chaos dont nous avons eu tant de peine à sortir. C'est bien assez des difficultés que présente, par elle-même, l'étude du favus, sans y ajouter les incertitudes et les obscurités de nomenclatures que l'expérience a suffisamment jugées.

Historique. Le favus est une maladie très curieuse au point de vue de sa nature, de ses symptômes, de ses résultats et aussi des discussions auxquelles son histoire a donné lieu.

Les anciens l'ont évidemment connu et signalé, bien qu'on ne trouve nulle part dans leurs écrits de description distincte qui se rapporte exactement à cette maladie, telle que nous la connaissons. Pour retrouver celle-ci, il faut la reconstruire en cherchant çà et là les traits épars qui lui appartiennent. Ainsi, on peut le reconnaître dans le *sycosis* du cuir chevelu de Celse; dans les alopécies ulcéreuses d'Archigenes, d'Asclepiade, d'Apollonius, de Galien.

A mesure que l'on avance dans la science, on trouve le favus plus nettement indiqué peut-être, mais on signale encore des obscurités qui en rendent l'étude plus ou moins difficile. La vraie teigne n'est guère caractérisée, au moyen âge, que par son incurabilité, selon Ambroise Paré, Roland, Hafenreffer, etc.; que par l'alopécie qu'elle détermine, selon Lorry, Vincenzio Chiarruggi, etc. Alibert, éclairant le désordre qui régnait sur ce point, tout en admettant lui-même la méthode qui en était le point de départ, assigna enfin à la teigne faveuse ses caractères distinctifs et graphiques. Mais Biett est le premier qui rejeta résolument toute classification tendant à réunir en un seul faisceau toutes les éruptions du cuir chevelu; aussi est-ce à lui que revient l'honneur d'avoir le premier décrit sous un type à part la véritable et seule maladie faveuse. Il peut être utile de rappeler, entre beaucoup d'autres, ce titre du maître célèbre, à une époque où tant de gens qui lui doivent ce qu'ils sont ou ce qu'ils voudraient être, semblent se faire une loi de l'oublier.

Aujourd'hui, on est généralement d'accord sur l'existence d'une maladie particulière, dont les symptômes sont distincts, plus ou moins bien connus, et qui seule représente le favus; mais il n'en est pas de même quant à sa nature.

On a long-temps attribué le développement de la maladie faveuse à une humeur mélancolique et aduste, déterminant une inflammation ulcéreuse spéciale; le siége de cette affection était placé dans le bulbe, et la raison de cette hypothèse était dans les phénomènes constants d'alopécie définitive qu'elle détermine. C'était l'opinion de Duncan et

d'Alibert. Plus tard, il se produisit une opinion nouvelle, soutenue surtout par Murray, MM. Mahon et Baudeloque, qui faisait siéger le favus dans les follicules.

Biett, dans ses leçons cliniques et pendant plusieurs années, avait mis en avant une théorie nouvelle sur le siége et la nature du favus. Cette affection pouvait bien être, suivant lui, une inflammation siégeant à l'extrémité du conduit pilifère avec altération et hypersécrétion de la matière destinée à lubrifier les cheveux. Cette opinion a été développée et démontrée par un interne de Biett, dans une thèse remarquable où elle a emprunté un caractère plus précis aux travaux personnels de l'auteur (1).

Cette doctrine ayant reçu la sanction de l'expérience, il semblait que toute discussion sur la lésion élémentaire de cette maladie dût rester sans intérêt; cependant, il n'en a pas été ainsi : l'école de Biett avait admis que le favus était caractérisé par des pustules; mais elle avait pris soin d'en spécifier le caractère, en les nommant des *pustules faveuses*. Que l'on conteste l'exactitude rigoureuse de cette dénomination, c'est possible; mais, ce qui est vrai, c'est qu'elle portait avec elle un correctif suffisant dans la qualification qui y était ajoutée. Et pourtant, le retrait du mot *pustule* a servi d'argument à l'appui de cette doctrine qui, importée d'Allemagne, prétend faire de la maladie faveuse une affaire de parasitisme végétal; un champignon, en un mot.

Emise en 1841 par M. Gruby, cette doctrine, étayée des travaux de Müller et de Vogel, a été surtout soutenue en France par M. Lebert, et par M. Robin, l'auteur d'une savante monographie des végétaux morbides. Cette théorie du champignon faveux repose sur un certain nombre de données que nous allons examiner dès à présent, pour n'avoir plus à y revenir en écrivant l'histoire du favus.

Avant tout, elle s'appuie sur les résultats de l'observation microscopique. A une certaine époque, nous avons exprimé, à l'endroit de ces résultats, une opinion qui rendait peut-être parfaitement notre pensée, mais qui a eu le tort de blesser de nos adversaires. Nous tenons pour sérieuse une doctrine émise sous le couvert d'observateurs considérables, nous respectons sincèrement les hommes à l'égal des théories; aussi serait-il superflu de rejeter loin de nous toute idée offensante pour les micographes dont il nous est impossible de partager les opinions. Quand nous avons parlé des *illusions* du microscope, il devait être entendu que nous ne voulions suspecter en rien la sincérité des faits observés; cette parole nous était suggérée parce que nous avions vu nous-même de ces effets. Sans vouloir leur attacher une importance contradictoire avec celle des végétalistes, nous nous devons de dire cependant que nous avons fait, à plusieurs reprises, des observations multipliées avec un excellent microscope, celui du savant Audouin, et nous avouons que les résultats de nos investigations nous ont paru de nature à encourager vivement des désirs qu'il était plus ou moins facile de prendre pour des réalités. Nous pourrions ajouter aujourd'hui au mot *illusion* celui d'*incertitude*, puisque tantôt l'on a trouvé une variété, tantôt une autre, souvent rien; ce qui pourrait vouloir dire que, dans de certaines conditions, il peut se développer *accidentellement* un champignon quelconque; mais ce qui fait qu'aujourd'hui, comme il y a dix ans, nous pensons que les faits microscopiques sur lesquels on s'appuie ne peuvent rien, si décisifs qu'ils paraissent, contre les enseignemens de l'observation clinique, puissance fort respectable aussi.

On a beaucoup argumenté de l'emploi erroné du mot *pustules* appliqué à la lésion élémentaire du favus. On n'a pas voulu comprendre qu'en ajoutant le mot *faveuse*, on reconnaissait implicitement que ce n'était pas une collection *purulente*. On peut facilement, d'ailleurs, retirer le mot *pustules* si l'on veut; mais ce qui doit rester, parce que c'est un fait, c'est que le godet *faveux* commence par une collection liquide, et c'est ce que voulait dire *pustule faveuse*.

Les micrographes ont prétendu aussi que le favus n'était pas borné au cuir chevelu, qu'il existait encore là où il n'y a pas de poils, par exemple au prépuce et au gland. Nous reconnaissons volontiers que cette maladie peut se développer sur tous les points de la surface du corps; mais en faut-il conclure, comme l'ont fait les partisans du champignon faveux, qu'il n'a pas son siége dans la capsule pilifère? Il faudrait pour cela établir que la maladie ne trouve pas là où on l'a supposée, les conditions nécessaires à son développement. Ce serait une erreur : là où il se développe, il y a un poil; là où il n'existe plus de poil, il ne se développe plus de favus. Voilà ce qui est vrai, parce que cela est démontré par des faits irréfutables, par l'observation de tous les jours.

Le développement du godet faveux, qu'on l'appelle pustule ou tubercule, est accompagné de phénomènes qu'il n'a pas toujours été facile d'expliquer avec la théorie du végétalisme. En se concrétant, le liquide hypersécrété dans le favus reste entouré, à la partie externe, d'une pellicule lisse qui se continue avec le cuir chevelu, de telle manière qu'il faut la rompre, si l'on veut énucléer le godet faveux. Cela était embarrassant, et pour tourner la difficulté, les micrographes ont eu recours à des hypothèses plus ou moins malheureuses. On a d'abord supposé que cette pellicule pourrait n'être, après tout, qu'une partie du *mycelium*. Cela pourrait être malaisé à concilier avec ce fait brutal que la pellicule fait corps avec le cuir chevelu. On a imaginé de dire que le germe du champignon pouvait être introduit sous l'épiderme, y suivre son évolution de manière à être enveloppé d'une couche sus-épidermique... Une telle

(1) M Letenneur. *Quelques recherches sur le favus.* Thèse. Paris, 1839.



Porrigo favosa

Favus disséminé.

Imp. F. Chardon aîné, 30, r. Hautefeuille Paris.

opinion se réfute d'elle-même; elle tombe d'ailleurs devant le fait qu'il est si facile d'apprécier, en observant la manière toute simple, toute naturelle dont se forme le godet faveux, comme nous l'expliquerons plus loin!

Jusqu'ici, on ne le contestera pas, la théorie des cryptogames ne s'appuie que sur les données écloses dans le champ du microscope; tous les appuis demandés, annoncés en dehors, ont fait défaut. Or, en la prenant telle qu'elle est, elle ne peut rien contre l'observation clinique de la série des actes vitaux qui accompagnent le développement de la maladie faveuse. Son début est marqué par des signes appréciables d'inflammation locale : les points affectés sont alors le siége de phénomènes de rougeur, de tension, de douleur même; il y a une sensibilité générale du cuir chevelu; souvent on observe des engorgemens ganglionaires; le favus est compliqué fréquemment d'autres éruptions, et notamment d'*impetigo;* enfin il est accompagné d'un travail hypérémique manifeste, d'où il résulte une inflammation ulcérative, et la formation d'un tissu cicatriciel qui oblitère le conduit pilifère, et amène l'atrophie du bulbe.

Il est manifeste, d'un autre côté, que le favus peut se développer spontanément; qu'il est influencé dans sa marche, dans son expression morbide, par la constitution de l'individu affecté; il faut ajouter à tout cela que, sous l'influence d'une maladie générale grave, de la variole par exemple, nous avons vu le favus disparaître, cesser complétement tant que durait la maladie intercurrente et reparaître après que celle-ci était passée... Nous le demandons, comment est-il possible d'expliquer cette série de phénomènes physiologiques ou pathologiques avec la théorie du champignon faveux? Et comme rien ne s'est produit de nouveau qui puisse donner une autorité quelconque aux idées des micrographes, nous ne pouvons que persister dans notre opinion : le favus est une maladie et non une production végétale, un champignon.

Définition et division. Le favus est une maladie de la peau, une lésion de sécrétion de la matière destinée à lubrifier le cheveu, caractérisée par de petits épanchemens sous l'épiderme et autour du poil de cette matière qui, *liquide* d'abord, se concrète rapidement, en forme de godets arrondis, avec une dépression centrale; par la formation de croûtes plus ou moins saillantes, épaisses, celluleuses, qui peuvent continuer à présenter la disposition en godets ou, au contraire, se confondent en masses informes ou se brisent en débris durs, grisâtres, quelquefois pulvérulens; enfin par des cicatrices et une alopécie incurable.

Le favus se manifeste sous deux aspects ou plutôt à deux états différens qui en ont fait admettre deux espèces. Biett les avait distinguées en *porrigo favosa* et en *porrigo scutulata.* Nous avons nous-même accepté cette division heureuse, en ce qu'elle faisait bien la part des caractères différentiels du favus, mais le mot *porrigo*, employé aujourd'hui par plusieurs auteurs et notamment en Angleterre, souvent comme synonyme de *Ring-worm*, laisse subsister une confusion qui m'a fait préférer le terme unique de favus. Je divise donc cette maladie en *favus disséminé* et *favus en cercle*, deux formes bien distinctes que nous allons successivement décrire.

Favus disséminé. — Cette variété est la plus fréquente à beaucoup près, du moins en France et en Allemagne. Elle débute par un petit point jaune, formé par une collection sous-épidermique, enchâssée dans l'épaisseur de la peau et traversée à son centre par un cheveu. Si on le détruit de bonne heure, on trouve un liquide épaissi, d'un jaune clair, fortement adhérent au poil. Ce point initial est souvent entouré d'une aréole rouge, surtout quand le cuir chevelu a été dénud épar des éruptions successives.

La matière hypersécrétée se concrète rapidement, en un jour, souvent en quelques heures: elle forme une petite croûte plus molle et plus jaune au centre qu'à la circonférence. A mesure qu'elle se développe, elle offre de plus en plus une dépression centrale caractéristique, et voici comment a lieu ce phénomène: l'hypersécrétion, en augmentant sans cesse, distend l'épiderme qui, retenu par le cheveu, se prête nécessairement moins à la partie centrale de la collection faveuse. Celle-ci affecte alors une forme cupulaire, une disposition en godets, résultant de la triple circonstance d'une hypersécrétion incessante, d'une distension exagérée de l'épiderme à la circonférence du caillot, et de l'action de retrait central exercée par le poil.

Le godet faveux est complet, si l'on peut dire ainsi, en huit, dix, quinze jours ou trois semaines. Il a alors une largeur moyenne de un à deux centimètres. Sa couleur caractéristique a été définie d'une foule de manières; on l'a comparée à celle de la terre de four; cela est vrai à un certain moment de la maladie, mais dans les premiers temps et à leur état parfait, les godets sont d'un jaune safrané remarquable. Si l'on veut énucléer le caillot faveux, on ne peut le faire qu'à la condition de déchirer l'épiderme qui l'enveloppe et d'arracher le cheveu qui le traverse. On enlève alors une sorte de *gâteau* concave et sec à la partie supérieure et externe, bombé, humide et gras à sa partie inférieure et interne.

Si les croûtes faveuses restent isolées, elles conservent plus long-temps intact leur cachet; c'est-à-dire la forme cupullaire rendue plus sensible par le renflement de leurs bords, et l'existence à leur centre du poil qui les traverse. Mais le plus souvent, elles se confondent par leurs bords, en plaques plus ou moins étendues, où l'on retrouve encore en grand nombre les godets qui ressemblent assez bien alors aux alvéoles d'une ruche à miel, ou aux cupules de certains végétaux qui poussent sur le tronc des arbres. A mesure que la maladie persiste et s'étend, les croûtes

deviennent de plus en plus épaisses, sèches et dures. Lorsque le favus dure depuis très long-temps, qu'il a envahi tout le cuir chevelu, les croûtes perdent leur caractère pathognomonique. Au lieu de la disposition en godets, on ne trouve plus qu'une masse de débris sans forme arrêtée, presque sans couleur, entremêlés d'une poussière sale qui se répand partout et dénature l'aspect de l'éruption.

Il faut joindre à ces symptômes l'altération des cheveux qui deviennent grêles, lanugineux, comme décolorés : ils sont plus faibles, s'arrachent plus facilement et, s'ils repoussent, c'est à la condition d'être plus altérés encore. Quand le favus est à cet état, on retrouve difficilement la lésion élémentaire. Cependant il peut exister encore aux confins de l'éruption des collections faveuses caractéristiques.

Parvenu enfin à ce que l'on pourrait appeler sa limite extrême, le favus se présente avec une physionomie telle qu'elle imprime au malade un aspect repoussant, quelquefois hideux. On ne voit plus çà et là que quelques croûtes faveuses disséminées au milieu de cicatrices larges, qui restent long-temps rouges, transparentes, sur lesquelles flottent quelques poils rares, chétifs, décolorés, qu'a épargnés la maladie. J'ai vu à l'hôpital Saint-Louis, dans mon service, l'exemple le plus complet et aussi le plus effrayant des désordres que peut produire le favus invétéré; c'était chez un malade dont il avait envahi et labouré successivement tout le cuir chevelu et le visage. La peau du crâne et de la face était sillonnée de cicatrices difformes, rouges, dont l'aspect vraiment hideux produisait une impression impossible à rendre.

Quand on fait tomber les croûtes du favus, on met à découvert des surfaces rouges, légèrement humides. Les points occupés par les godets faveux sont remarquables par un renflement circulaire produit par la compression du caillot, et par une dépression qui en garde exactement la forme. Ce phénomène disparaît plus ou moins rapidement; et quand les croûtes se reforment, c'est à la condition du développement de nouveaux épanchemens faveux.

Le favus est accompagné, au début, de symptômes locaux, de chaleur, de sensibilité, de douleur même, surtout de prurit. Il ne survient presque jamais de troubles généraux; mais il n'est pas rare de le voir compliqué de phénomènes qui semblent tenir surtout à des conditions individuelles, ainsi d'engorgemens ganglionaires, d'ophthalmies, d'inflammations chroniques de l'oreille, du gonflement de la lèvre supérieure chez les enfans : il se complique souvent de diarrhée persistante : localement, il est souvent accompagné d'un grand nombre de poux, et par suite d'un prurit violent qui pousse les malades à se déchirer. Il en résulte l'écoulement d'une sanie roussâtre qui exhale une odeur désagréable, quelquefois fétide, que l'on a comparée à celle de l'urine de chat. Enfin, la maladie faveuse peut se compliquer d'autres éruptions, de pityriasis, d'eczema et surtout d'impetigo.

Le favus a une durée souvent infinie. Quand il guérit, les croûtes cessent peu à peu de se reformer; les surfaces sous-jacentes se sèchent de plus en plus, et il ne reste bientôt de l'éruption que des taches rouges, très-persistantes, qui paraissent intéresser tout le cuir chevelu. Si les cheveux repoussent ils sont toujours grêles, rares, décolorés.

Favus en cercles. Le favus peut se présenter sous une forme plus rare que la précédente, du moins en France, forme très curieuse et d'autant plus digne de l'intérêt des praticiens, qu'elle a été confondue avec d'autres formes alopéciques, sous le type confus auquel les Anglais ont donné le nom de *Ring-worm.* Ici l'élément faveux n'est plus qu'intermittent, si l'on peut dire ainsi; il alterne avec un état pytyriasique très remarquable, mais qui, mal apprécié, a pu faire méconnaître la maladie dont il est un symptôme.

Le favus en cercles débute sur des points plus ou moins étendus, de la largeur moyenne d'une pièce de deux à cinq francs, assez exactement arrondis. Il est annoncé et accompagné, à son début, par un prurit plus ou moins vif. Si l'on observe ces points tout d'abord, il semble qu'ils soient le siége d'une foule de soulèvemens partiels intéressant l'extrémité des conduits pilifères. Les plaques malades offrent un état remarquable; elles sont chagrinées, inégales, et se recouvrent bientôt de squames sèches, blanches, adhérentes, qui pourraient faire croire à un pityriasis localisé, si elles n'en différaient par leur moindre abondance, par leur peu de facilité à tomber et à se reproduire.

Ce premier état du favus en cercles dure huit, dix, quinze jours ou trois semaines environ. Au bout de ce temps, on voit sous les plaques poindre des espèces de *pustules* bien jaunes, saillantes au-dessus de la peau. C'est la période faveuse qui se manifeste par de petites collections d'une matière *liquide* d'abord, qui se concrète rapidement et forme des godets faveux qui se comportent comme dans la première variété; seulement ils sont moins saillans. Le plus souvent ils recouvrent toute l'étendue de la plaque, qui présente alors une seule masse croûteuse, mais moins épaisse, moins persistante et aussi moins grave dans ses résultats. Ainsi les cheveux sont évidemment moins altérés : ils peuvent rester fournis et épais, garder même leur éclat, leur consistance, leur couleur; ils tombent plus difficilement, repoussent même pendant la période pityriasique, et si le favus en cercles doit déterminer une alopécie définitive, celle-ci est moins complète, limitée à des surfaces plus restreintes.

Lorsque les croûtes faveuses sont tombées, elles laissent après elles des surfaces sèches, furfuracées, qui restent plus ou moins long-temps à cet état avant qu'il se manifeste de nouveaux godets.

Si les plaques du favus en cercles sont nombreuses, elles peuvent, en s'étendant, se confondre et former de larges surfaces où l'on observe les retours alternatifs de l'état pityriasique et de l'état faveux, et présentant à leur circonfé-



Porrigo favosa

Favus en cercles.

Imp. F. Chardon aîné, 30, r. Hautefeuille, Paris.

rence des quarts, des moitiés de cercles qui accusent toujours la forme réelle de l'éruption. Cette variété dure aussi très long-temps.

Quant à l'alopécie qui a lieu dans l'une et l'autre forme du favus, et qui est, dans la plupart des cas, la terminaison fatale, le mode naturel de guérison du favus, elle ne tient pas, comme on l'a pensé, à une lésion du bulbe. Cela est si vrai que, si l'on observe le cheveu soit en dessous du point où siége le favus, c'est-à-dire de l'extrémité du conduit pilifère, soit à la partie qui traverse la croûte ou qui reste libre et flottante en dehors, on peut sur ce dernier point apprécier facilement les désordres que nous avons signalés, tandis que sur le premier le poil et le bulbe sont dans un état parfait d'intégrité. Il est probable que la persistance des phénomènes faveux détermine à la longue une inflammation ulcérative de l'extrémité des conduits pilifères, et par suite un travail de cicatrisation qui oblitère les conduits et rend impossible la sécrétion du poil. On comprend qu'il en résulte à la longue une atrophie véritable et la destruction du bulbe lui-même devenu inutile. Mais pendant long-temps il est facile de distinguer à travers la cicatrice le poil qui continue à être sécrété, et qui, ne pouvant plus sortir, se replie sur lui-même. Ces faits ont été parfaitement démontrés par M. Letenneur (1).

Causes. Le favus est une maladie essentiellement contagieuse. C'est vainement que l'opinion contraire a été soutenue par certains observateurs et même par Alibert; des faits nombreux, authentiques, ne permettent pas de révoquer ce caractère en doute. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de citer, entre autres, le fait d'un de nos confrères qui contracta un favus limité à la joue, pour s'être, pendant toute une nuit, appuyé sur l'accotoire d'une diligence. La contagion est bien certainement le mode le plus actif de propagation pour le favus.

Il peut d'ailleurs se développer spontanément, et, ici, il est juste de s'appuyer sur l'autorité d'Alibert, qui se fondait sur des faits sérieux d'observation. Biett en citait et j'en ai moi-même vu plusieurs exemples, et entre autres chez un malade qui, couché depuis long-temps dans mes salles, y fut atteint d'un favus localisé au scrotum, alors qu'il n'y avait actuellement dans le service aucun malade affecté de cette maladie, et sans qu'aucune circonstance pût faire croire à la contagion.

Certaines causes semblent favoriser le développement du favus. Ce sont les privations de toute espèce, la misère, le séjour prolongé dans les prisons, dans des lieux malsains et humides, l'absence de soins hygiéniques, l'agglomération d'un grand nombre d'individus sur le même point, dans les écoles, dans les maisons de correction ; les émotions morales, etc.

Le tempérament prédispose-t-il à la maladie faveuse? Faut-il en dire autant de l'hérédité? Alibert a fait évidemment jouer à cette dernière cause un rôle trop important, trop absolu; mais on ne peut révoquer en doute l'influence d'une constitution molle, lymphatique, d'un état scrofuleux. Le favus se développe d'ailleurs dans toutes les saisons; il attaque également les deux sexes; il est surtout fréquent dans la première enfance et à la puberté : cependant il peut se continuer pendant l'âge adulte et même à toutes les époques de la vie.

Diagnostic. Le diagnostic du favus a une grande importance, si l'on songe au caractère contagieux de cette maladie, aux désordres qu'elle entraîne le plus souvent. Il faut nous hâter de dire qu'heureusement il est facile dans la plupart des cas. Ainsi, quand la maladie faveuse se présente avec les caractères que nous avons signalés, c'est-à-dire avec ses godets faveux, d'un jaune particulier, avec son alopécie spéciale, ses cicatrices, elle a une physionomie si particulière, qu'il est véritablement impossible de la confondre avec aucune autre affection.

Il est inutile d'insister sur les signes différentiels qui le séparent de la plupart des éruptions que l'on a décrites sous le nom de *fausses teignes*, des *achores*, de l'*eczema* et même de l'*impetigo*. S'il était possible de le confondre avec cette dernière maladie, ce serait peut-être quand, très ancienne, elle consiste dans une accumulation de croûtes formant une calotte épaisse, sèche, brisée çà et là en petits débris durs, assez semblables à du mortier desséché. Mais, même alors, les croûtes de l'impetigo sont noirâtres, adhérentes aux cheveux parmi lesquels elles flottent; les cheveux sont sordides, ici agglutinés par masses, là hérissés et comme feutrés, ils restent épais, bien fournis, intacts ; et ces caractères suffisent à séparer l'impetigo du cuir chevelu, du favus qui détermine nécessairement l'alopécie, à un état un peu avancé.

Les affections squameuses, le *psoriasis* et la *lèpre vulgaire*, sont rarement localisées au cuir chevelu ; mais elles empruntent à leurs squames larges, blanches, chatoyantes un cachet qui ne saurait permettre de les confondre avec le favus.

Quand les cicatrices du favus étaient peu étendues, lisses, blanchâtres, elles ont pu en imposer pour des plaques de *vitiligo*. Mais, dans celles-ci, les surfaces sont véritablement décolorées, d'un blanc laiteux; elles n'ont rien de la transparence des cicatrices du favus. Dans aucun point elles ne laissent apercevoir au travers des cheveux parfaitement fournis.

(1) *Loco citato.*

Le diagnostic du *favus en cercles* peut présenter des difficultés réelles. Pour le séparer du pityriasis, quand il est à l'état furfuracé, il suffit de se rappeler d'une part, que, dans le pityriasis, la desquamation occupe tout le cuir chevelu; que les squames minces, blanches, siégeant à la base du poil, tombent et se renouvellent avec la plus grande facilité; qu'elles sont assez abondantes pour salir les vêtemens; qu'elles semblent se reproduire incessamment sous l'ongle qui les fait pleuvoir, qu'enfin l'alopécie est générale et passagère : de l'autre, que, dans le favus en cercles, la desquamation est limitée aux plaques malades; que celles-ci sont chagrinées, recouvertes de squames plus larges, plus épaisses, plus adhérentes; qu'il détermine une alopécie définitive; qu'enfin il est contagieux.

Il peut être plus difficile de séparer le *favus en cercles* et l'*herpès tonsurant,* qui tous deux affectent l'enfance, ont une disposition en disques arrondis et se communiquent par contagion. Ici d'ailleurs le diagnostic pourrait être rendu plus difficile par cette circonstance que ces deux maladies ont été évidemment confondues, au moins par certains points, sous le type du *Ring-worm.* Cependant elles ont l'une et l'autre des caractères distincts qui doivent les séparer complétement.

L'herpès tonsurant débute par un petit point qui s'étend et s'agrandit par un mouvement excentrique : il est caractérisé par des vésicules d'abord, plus tard par de petits débris épidermiques minces, blanchâtres, qui constituent une sorte d'état farineux : sur ces plaques la peau est légèrement congestionnée ; elle a une teinte grisâtre.

Dans le favus en cercles, toute la plaque présente, dès le début, un état squameux; les squames sont larges, dures, grisâtres; la peau est gonflée, grenue, chagrinée, inégale, bleuâtre; on dirait de la chair de poule.

La manière dont se produit l'alopécie dans les deux maladies peut servir à les distinguer. Dans l'herpès, le cheveu ne tombe pas; il est coupé à un ou deux millimètres du cuir chevelu; il y a tonsure. L'alopécie est d'ailleurs ici un caractère essentiel, primitif. Dans le favus en cercles, l'alopécie n'existe pas nécessairement; elle s'établit peu à peu; les cheveux tombent, entraînés, arrachés par les croûtes. Enfin dans l'un, l'alopécie est accidentelle et passagère, dans l'autre elle est fatale, irrémédiable.

Siége et nature. C'est principalement au cuir chevelu que l'on observe le favus : c'est là son siége de prédilection. Il peut cependant se développer sur d'autres points de la surface du corps; ainsi on l'observe au front, aux tempes, sur le menton. Il existe aussi, mais plus rarement, sur le corps, aux épaules, au dos, aux membres, au scrotum. Je l'ai vu quelquefois avec un caractère de généralité remarquable, et notamment chez un jeune enfant dont j'ai fait prendre le dessin. S'il est vrai que le favus peut débuter ailleurs qu'à la tête, le plus souvent quand il existe sur le corps c'est que, développé primitivement au cuir chevelu, il a gagné de proche en proche, quelquefois jusqu'aux points les plus éloignés.

Le siége anatomique du favus est, comme nous l'avons dit, dans l'appareil de sécrétion, situé à l'extrémité des conduits pilifères et destiné à lubréfier les poils.

Pronostic. Le favus est toujours une maladie grave, non pas en ce qu'il menace la vie du malade, mais par sa ténacité, par son caractère contagieux, par les résultats locaux ou généraux qu'il détermine. Localement, il peut produire des abcès, des engorgemens ganglionaires, des ophthalmies, etc.; mais surtout il se termine par une alopécie incurable. Généralement, il semble agir sur la constitution tout entière, en arrêtant le développement individuel du malade. Ainsi les enfans soumis à son influence funeste restent grêles et chétifs, leur intelligence semble arriérée, quelquefois même pervertie. On comprend d'ailleurs l'effet que peut produire à la longue, sur ces infortunés, l'état d'opprobre où ils se trouvent placés, le sentiment de répulsion qu'ils inspirent et qu'ils comprennent. J'ai vu, dans quelques cas, cette conscience de leur abjection aigrir de tout jeunes malades jusqu'à développer chez eux des instincts criminels.

On a signalé comme une des conséquences du favus l'altération des ongles, qui deviennent épais, rugueux, ternes, flétris, secs, cassans; quelquefois même ils affectent la couleur safranée des godets faveux.

Traitement. Le traitement du favus repose sur une indication principale que l'empirisme avait depuis long-temps pressentie et qui repose sur cette donnée théorique : suspendre autant que possible la sécrétion du cheveu, pour rendre inutile celle des petits appareils où siége la maladie. Mais il faut bien reconnaître que la pratique n'a encore qu'incomplétement répondu au but que se propose la théorie.

Le traitement général du favus a préoccupé, à diverses époques, les observateurs les plus sérieux. Mais il ne nous semble avoir qu'une importance secondaire, bien qu'il mérite de fixer l'attention des praticiens. Ainsi il consiste surtout dans l'emploi de moyens capables de modifier les conditions individuelles qui elles-mêmes favorisent le développement ou la persistance du favus. Ces moyens sont de deux espèces : hygiéniques, ils embrassent les soins de propreté, les bains généraux, une alimentation appropriée, etc.; thérapeutiques, ils sont choisis surtout parmi les agens anti-lymphatiques ou anti-scrofuleux. Pour moi, j'emploie principalement le sirop de Portal, le sirop antiscorbutique du Codex; le vin de quinquina, la solution de chlorure de calcium cristallisé, l'iodure de potassium, l'huile

de foie de morue, les préparations de feuilles de noyer, les tisanes amères ou sudorifiques. Biett avait employé avec succès les préparations arsénicales. Ces divers moyens doivent être administrés d'ailleurs, en tenant compte des conditions de tempérament, d'âge, etc.

Mais c'est surtout au traitement local qu'il faut demander la guérison du favus : il est un moyen dont l'histoire remonte assez haut dans la science, que l'on a proscrit comme barbare, mais qui est fondé sur le principe de l'épilation auquel on est revenu sous des formes diverses : c'est la calotte. Ce mode de traitement, préconisé surtout par Roger de Parme, consistait dans la pratique suivante : on étendait sur une étoffe noire un mélange de poix et de substances variées et on l'appliquait sur le cuir chevelu, convenablement rasé. Au bout de quelques jours, on arrachait violemment et d'un seul coup la calotte, et il en résultait une épilation complète. On comprend combien devait être douloureuse une telle opération ; on l'a qualifiée de supplice, on l'a flétrie de toutes les manières, et l'on y a renoncé. On a bien fait, mais, je le répète, l'expérience a dû faire revenir à ce moyen, en le dégageant des procédés pénibles dont il s'accompagnait.

On a proposé de remplacer la calotte par un moyen qui paraîtrait renouvelé d'Héliodore, et qui consiste dans l'application méthodique et persévérante de bandelettes enduites d'un sparadrap de gomme ammoniaque. On les laisse séjourner pendant plusieurs semaines, après quoi on les enlève à l'aide d'une spatule, et en facilitant cette avulsion par l'emploi de corps gras, d'huile, par exemple. C'est un bon moyen, que j'ai employé souvent avec des résultats satisfaisans.

Mais, quel que soit le moyen épilatoire que l'on choisisse, le traitement local du favus est basé sur deux indications fondamentales : faire tomber les croûtes et les empêcher de se reproduire ; suspendre la sécrétion des cheveux.

Le premier point ne présente aucune difficulté d'application. Pour faire tomber les croûtes, il suffit de cataplasmes de fécule de pommes de terre et de guimauve, à peine tièdes, quelquefois d'onctions à l'aide d'un corps gras. Pour les empêcher de se reproduire, je me sers de lotions savonneuses ou de lotions alcalines (Pr. : sous-carbonate de potasse, 4 grammes; eau distillée, 500 grammes). Chez les tout jeunes enfans, ou quand le cuir chevelu est le siége d'une sensibilité vive, je conseille des lotions avec de l'huile d'amandes douces ou de l'huile de camomille. Je fais faire sur les plaques rouges des onctions légères avec une pommade, soit avec le sous-borate de soude (2 à 4 grammes pour 30 grammes d'axonge), soit avec le turbith minéral (2 à 4 grammes par 30 grammes d'axonge), soit avec le calomélas (2 grammes pour 30 grammes de cérat de Galien). Le matin, je fais faire des lotions émollientes avec de l'eau de son, de laitue, de sureau, etc.

La seconde indication est loin de s'appuyer sur des données aussi certaines. On a d'ailleurs proposé un certain nombre de moyens pour arriver au but qu'elle se propose d'atteindre, c'est-à-dire, suspendre la sécrétion des cheveux. Biett avait, dans ce sens, employé des pommades plus ou moins actives ; ainsi il conseillait des frictions répétées avec la pommade de Gondret, l'application de vésicatoires sur les points malades. Mais, en général, ces pommades sont un moyen infidèle et toujours très long dans le traitement du favus disséminé : nous verrons qu'il n'en est pas de même dans celui du favus en cercles, et c'est probablement à des faits de cette nature qu'il faut reporter les guérisons étonnantes que l'on a obtenues.

Il faut recourir à des moyens plus énergiques, ayant tous d'ailleurs pour base l'épilation. Tout le monde connaît le traitement des frères Mahon, bien que les ingrédiens qu'ils emploient aient été et soient encore tenus secrets. Après avoir convenablement nettoyé le cuir chevelu, MM. Mahon emploient une première *pommade épilatoire* avec laquelle ils font des onctions tous les deux jours. Le jour intermédiaire, ils peignent la tête avec un peigne fin et arrachent ainsi les cheveux, sans que cette avulsion patiente cause de douleurs au malade. Au bout de quinze jours, ils ajoutent une poudre *épilatoire* dont ils saupoudrent le cuir chevelu une fois la semaine pour faciliter l'épilation. Ce premier temps dure de un à deux mois. Ils se servent ensuite d'une pommade plus active, qu'ils emploient de la même manière jusqu'à parfaite guérison, c'est-à-dire, en alternant avec l'usage du peigne fin imprégné d'huile ou de saindoux.

Sous réserve des agens employés par ces messieurs, il faut reconnaître qu'un des principaux mérites de leur méthode, l'élément le plus sûr de leurs succès peut-être, consiste dans leurs soins manuels assidus et minutieux. Ajoutons encore, après cela, que dans tous les cas de *teignes* qu'ils traitent et qu'ils guérissent, il y a un grand nombre d'affections qui n'ont de commun avec le favus que la dénomination qu'on leur prête.

On a proposé plusieurs procédés épilatoires se rapprochant plus ou moins de celui des frères Mahon. M. Petel de Louviers s'est servi d'une pommade épilatoire ainsi combinée : soude du commerce, 60 centigrammes; chaux éteinte, 4 grammes; axonge, 120 grammes; et de la poudre suivante : chaux vive, 120 grammes; charbon pulvérisé, 8 grammes. Il faut citer encore les dépilatoires de Colley, de Delcroix, de Plenck, le rusma des Turcs.

Quant à la calotte, elle a été remplacée, comme nous l'avons dit, par l'application de bandelettes d'ammoniaque. MM. Bœtger et Martens ont proposé depuis un moyen dépilatoire obtenu à l'aide du sulfhydrate de chaux. On l'obtient en faisant absorber de l'hydrogène sulfuré jusqu'à saturation sur une bouillie faite avec deux parties de chaux éteinte ou hydratée sèche et trois parties d'eau. Il en résulte une gelée d'un bleu verdâtre, qu'on applique sur la partie malade. Cet enduit se concrète rapidement à l'air : on le laisse séjourner dix minutes ou un quart d'heure, puis on l'enlève avec une spatule et l'épilation est complète.

Les données générales du traitement du favus en cercles sont les mêmes, sauf quelques indications particulières que nous allons relater sommairement. Ainsi le traitement général semble comporter surtout l'emploi des révulsifs, des évacuans, des amers, des toniques, quelquefois des évacuations sanguines. Quant à l'épilation, elle est le plus souvent inutile. Dans un grand nombre de cas, on obtient une modification complète à l'aide de pommades plus ou moins actives. Biett recommandait l'iodure de soufre incorporé à la dose de 6 à 8 grammes dans 30 grammes d'axonge, pour onctions le soir. J'ai essayé une pommade faite avec 4 à 8 grammes de poivre et 30 grammes d'axonge. Dans ces derniers temps, j'ai eu surtout recours à une pommade avec le sulfure de chaux, à la dose de 8 grammes pour 30 grammes d'axonge. Je fais faire des onctions le soir, et le matin je conseille des lotions savonneuses ou alcalines.

Mais quel que soit le mode de traitement employé contre le favus, il faut le continuer avec persévérance. Il est aidé d'ailleurs par l'usage des bains simples ou alcalins, ou sulfureux, ou même des bains de vapeur à l'étuve, selon les indications. Mais j'ai obtenu surtout de bons résultats de l'emploi de douches alcalines et sulfureuses en arrosoir.

On a proposé la cautérisation pour détruire le favus sur place; mais c'est un moyen applicable tout au plus aux cas de favus limité à un point très peu étendu, à la joue, par exemple, comme nous en avons cité un exemple plus haut. Mais si la maladie occupe tout le cuir chevelu, on comprend que cette opération n'est plus applicable; et d'ailleurs, il est au moins inutile de demander la guérison du favus à un moyen qui produirait nécessairement un résultat très fréquent peut-être dans le favus, mais que l'on peut espérer prévenir par un traitement rationnel.

DEUXIÈME GENRE.

LÉSIONS DE SÉCRÉTION DE LA MATIÈRE EPIDERMIQUE.

Les maladies qui composent ce genre sont des affections idiopathiques de la peau : elles ont pour caractère essentiel une lésion de sécrétion de la matière épidermique.

Déjà, en écrivant l'histoire des éruptions squameuses, du psoriasis, de la lèpre vulgaire, nous avons signalé ces écailles blanches dont l'existence révèle une altération plus ou moins profonde de l'épiderme. Mais celle-ci est alors l'expression d'un état pathologique; elle est liée à une inflammation chronique qui parfois revêt un caractère franchement aigu.

Au contraire, les affections dont nous allons nous occuper traduisent un état anormal constitutionnel de la peau, le plus souvent congénital ou héréditaire : elles ne sont jamais accompagnées de phénomènes d'une phlegmasie tant soit peu appréciable; elles constituent plutôt des *monstruosités* naturelles que des maladies proprement dites; aussi, au point de vue d'une guérison, sont-elles le plus souvent au-dessus des ressources de l'art.

Les formes qui appartiennent à ce genre sont au nombre de deux seulement : ce sont l'*icthyose* et les *productions cornées*.

ICHTYOSE.

Définition. L'icthyose, *icthyosis*, est un état particulier de la peau, résultant d'une lésion de sécrétion de la matière épidermique caractérisé par un épaississement et une sécheresse remarquable de l'épiderme, ou par la présence sur les points affectés de squames plus ou moins larges, dures, d'un blanc grisâtre, imbriquées, ne reposant jamais sur des surfaces enflammées.

Symptômes. L'icthyose peut se présenter à divers états et sous des aspects différens.

Ou bien la peau est un peu sèche et alors parsemée de petites parcelles épidermiques qui surmontent chaque papille, ou bien si elle est couverte de squames, celles-ci sont grisâtres, petites, inégales. A ce premier degré, c'est un état particulier de la peau, qui, plus sèche, est le siége d'une exfoliation ordinairement peu abondante.

D'autres fois la peau est évidemment épaissie; on sent qu'elle est profondément altérée et elle apparaît recouverte



Ichthyose.

Chardon aîné 30, r. Hautefeuille, Paris.

de véritables écailles sèches, dures, ternes, grisâtres. Celles-ci sont formées par l'épiderme qui, épaissi et sillonné en tous sens, s'y partage en une foule de squames irrégulières, plus ou moins larges, libres dans la plus grande partie de leur circonférence et comme imbriquées au point par où elles restent adhérentes à la peau. Ces squames sont quelquefois d'un blanc nacré; dans quelques cas elles ont un luisant particulier et sont entourées à leur circonférence de cercles d'une teinte plus foncée. Quand elles sont très petites, il n'est pas rare de les voir environnées de points linéaires comme farineux, correspondant aux sillons sans nombre qui les séparent. Plus grandes, elles recouvrent plus complétement les surfaces sillonnées.

L'icthyose congénitale est ordinairement très peu prononcée au moment de la naissance. Cependant même alors la peau n'a ni la souplesse ni le pli qu'elle présente habituellement chez l'enfant. Si on l'observe avec soin, on voit qu'elle est terne, épaisse, comme chagrinée. Bientôt, et à mesure que l'enfant avance dans la vie, on voit se manifester les phénomènes ichthyosiques. On observe d'abord cet état de sécheresse particulière de la peau qui est le premier degré de l'affection; puis apparaissent les squames, symptômes d'une lésion plus avancée de la sécrétion épidermique; plus tard enfin se présentent tous les caractères qui ont fait admettre diverses espèces d'icthyose : l'*icthyose nacrée*, l'*icthyose serpentine*, l'*icthyose ciprine*.

L'icthyose peut, en effet, simuler certains aspects étranges qui ajoutent à l'aspect pénible de cette affection. Comme elle est compliquée assez fréquemment d'une lésion de la matière colorante, ce phénomène, joint à la disposition en écailles imbriquées, donne en effet à la peau une grande analogie avec celle de certains poissons ou serpens.

Le plus souvent, on peut arracher les écailles de l'icthyose sans déterminer de douleur sur le point affecté. Quelquefois, et quand les squames sont très larges, bien imbriquées, leur avulsion détermine une sensation pénible. En aucun cas, soit qu'elles tombent, soit qu'on les arrache, elles ne laissent après elles de surfaces rugueuses et encore moins humides. Si l'on promène la main sur les points affectés, on perçoit la sensation d'une surface inégale, âpre, chagrinée : on éprouve une difficulté plus ou moins grande à malaxer la peau épaissie et desséchée. L'icthyose n'est jamais accompagnée de phénomènes locaux, de chaleur, de cuisson, de démangeaisons. Elle est surtout apparente aux points les plus saillans du corps, aux coudes, aux genoux, à la partie externe des membres.

L'icthyose se manifeste quelquefois, mais rarement, à un âge plus avancé. Elle offre aussi parfois quelques particularités remarquables; ainsi il y a dans sa marche des rémissions rarement complètes. On la voit disparaître, bien que pour revenir plus ou moins rapidement, sous l'influence de certaines saisons ou d'une maladie fébrile.

L'icthyose, quelle que soit son intensité, c'est-à-dire son étendue, son ancienneté, sa forme, ne semble pas exercer d'influence manifeste sur la constitution générale du malade. Ainsi elle coïncide avec une santé habituelle bonne, avec un état d'intégrité remarquable de toutes les fonctions, excepté, bien entendu, celles de la peau. En effet, celle-ci n'est plus le siége régulier de la transpiration qui s'y fait dans l'état normal. Cette fonction peut être annulée complétement : quelquefois elle n'est qu'amoindrie; dans d'autres cas, elle semble être suppléée par une transpiration plus abondante, établie en certains points, à la plante des pieds, par exemple.

On comprend qu'une telle affection ait une durée infinie et ne soit que très accidentellement modifiée.

Causes. L'icthyose est le plus souvent congénitale. Elle se transmet héréditairement, et, à ce titre, elle se continue souvent en suivant une même lignée; quelquefois elle saute une ou deux générations. Cette affection bizarre paraît être plus particulière à certaines contrées; ainsi on l'observerait fréquemment dans le Berry. Quant au sexe, d'après les observations de Biett, les femmes seraient atteintes dans une proportion bien moindre que les hommes.

Diagnostic. L'icthyose générale se présente avec des caractères si tranchés, qu'il est impossible de la confondre avec aucune autre affection. Quand elle est partielle et limitée à certains points, on pourrait la prendre pour certains états furfuracés qui succèdent soit à l'*eczema*, soit surtout au *lichen*. Pour la séparer de l'eczema, il faut se rappeler que dans l'icthyose la peau est sèche, grise, épaissie, ce qui n'a jamais lieu dans l'affection *vésiculeuse*. Quant au lichen, s'il offre aussi une sécheresse et un épaississement remarquable, il est le siége d'un prurit intense; aux confins de l'éruption on peut retrouver la lésion *papuleuse*. Enfin l'icthyose est un état permanent, sans travail ni produit inflammatoire.

Siége et nature. L'icthyose peut se développer sur tous les points de la surface du corps. Cependant, quand elle est partielle, elle affecte de préférence les articulations, la surface externe des membres, le cou, les parties postérieure et supérieure du tronc, les points où la peau est habituellement plus épaisse. Elle est plus rare au visage.

On ne la retrouve plus à la paume des mains, à la plante des pieds, aux aisselles, aux aines. Elle peut être générale.

Le siége anatomique de cette curieuse affection me paraît être dans l'appareil blennogène, dont la fonction est plus ou moins altérée soit congénitalement, ce qui est la règle, soit accidentellement, ce qui est l'exception.

Pronostic. L'icthyose, comme je l'ai dit, est un état anormal de la peau, plutôt qu'une maladie; aussi est-elle,

à proprement parler, incurable. Cette incurabilité en fait aux yeux des parens une maladie grave; mais elle n'a réellement que très peu d'influence sur la santé générale.

Traitement. Le traitement de l'icthyose est tout palliatif : il consiste dans l'emploi d'onctions grasses, de lotions mucilagineuses, de bains répétés et surtout de bains et douches de vapeur aqueuse.

On a vanté, contre l'icthyose, l'administration du goudron à l'intérieur : on peut y avoir recours comme ayant quelque efficacité, non pas pour guérir, mais pour améliorer l'état de sécheresse de la peau.

PRODUCTIONS CORNÉES.

Définition et symptômes. Les productions cornées, que l'on observe à la peau, sont, comme l'icthyose, le résultat d'une lésion de sécrétion de la matière épidermique, et, dans les deux cas, ce résultat semble présenter une grande analogie au fond, s'il diffère quant à la forme.

Dans l'icthyose, l'altération épidermique se traduit par un état squameux; dans les productions cornées, elle se manifeste par l'hypersécrétion accidentelle d'une matière semblable à celle de la corne ou des ongles.

On a pensé que les productions cornées se manifestaient surtout sur les parties velues et qu'elles coïncidaient avec une altération du bulbe. On en a observé et j'en ai vu moi-même sur la langue, sur la conjonctive, sur le gland. D'un autre côté, on a admis qu'il en pouvait exister sur tous les tissus, dans le foie, la rate, etc. Pour moi, je n'en ai vu qu'à la peau et sur les muqueuses; ici, il s'agit seulement de celles qui affectent l'enveloppe tégumentaire.

Les productions cornées se développent sans aucun phénomène général ou local appréciable. Elles ne sont accompagnées d'aucun symptôme d'inflammation, de douleur, de prurit, de congestion, etc. Leur marche est toujours lente; mais, quand elles ont atteint tout leur développement, elles sont ordinairement mobiles et n'intéressent que la peau.

Quelquefois il n'y a qu'une production cornée, et alors elle peut acquérir un développement considérable, comme j'en ai vu un exemple curieux chez une femme qui portait à la joue un appendice de cette nature ayant 12 à 15 centimètres de saillie. Dans d'autres cas, elles sont très nombreuses et de grandeur variable.

Causes. Contrairement à ce qu'on observe pour l'icthyose, les productions cornées sembleraient être plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Elles sont aussi plus souvent le résultat de causes accidentelles. Ainsi on les a vues se manifester à la suite de contusions, de plaies, de verrues; mais il faut bien reconnaître que, pour la plupart, la cause occasionnelle reste inconnue. Quelquefois les productions cornées sont bien évidemment transmises par hérédité et congénitales; alors elles se rapprochent de l'icthyose quant à la marche et aux phénomènes extérieurs.

Siége, nature, traitement. Les productions cornées peuvent se présenter sur tous les points de l'enveloppe tégumentaire. Cependant elles semblent affecter plus fréquemment le cuir chevelu, les cuisses, le sternum, les points intermédiaires entre les muqueuses et la peau, ainsi les lèvres, etc. Quelquefois elles offrent un caractère de généralité remarquable; je les ai vues plusieurs fois répandues en très grand nombre sur le dos.

On les a considérées comme un prolongement de la papille. D'autres ont placé leur siége dans les follicules sébacés. Ainsi que l'icthyose, je les regarde comme une lésion de sécrétion des glandes blennogènes.

Quant au traitement, il est toujours chirurgical et consiste dans l'extirpation ou dans la destruction par des lotions caustiques.



Vitiligo.

Imp. F. Chardon ainé, 30, r. Hautefeuille, Paris.

TROISIÈME GENRE.

LÉSIONS DE SÉCRÉTION DE LA MATIÈRE COLORANTE.

Les affections dont se compose ce groupe ont pour caractère essentiel une lésion idiopathique de la production pigmentaire. Elles n'offrent, en aucun cas, les caractères d'un état phlegmasique de la peau.

Cette lésion de la production du pigment a cela de particulier qu'elle ne se manifeste jamais sous l'influence accidentelle et passagère de troubles du système vasculaire; qu'elle n'est point produite par la présence de matières étrangères dans le torrent circulatoire. Il faut la séparer avec soin des altérations de couleur de la peau, que l'on voit survenir sur les points qui ont été le siége de certaines inflammations chroniques après l'*eczema*, après le *lichen*, etc. La lésion est primitive et essentielle.

Le plus souvent congénitale, cette lésion constitue alors une véritable difformité qui est au-dessus des ressources de l'art. Accidentelle, dans certains cas, elle peut céder à l'emploi de moyens appropriés. Elle varie d'ailleurs quant à sa nature, quant à son expression phénoménique. Ainsi, elle peut consister ou dans une lésion en moins de la sécrétion pigmentaire, et alors elle constitue ce que nous appelons les DÉCOLORATIONS; ou, au contraire, dans une sécrétion anormale avec ou sans viciation de la matière colorante, et alors elle forme les COLORATIONS.

DÉCOLORATIONS.

Les décolorations de la peau peuvent être dues à l'absence complète du pigment. Elles constituent alors une affection générale et congénitale des plus curieuses et aussi des plus rares : c'est l'*albinisme*.

Le plus souvent elles se manifestent accidentellement, sur des points limités, où elles traduisent une lésion partielle de la sécrétion pigmentaire, ou insuffisante, ou momentanément supprimée. Dans ces cas, elles constituent une véritable maladie de la peau, souvent rebelle, sans doute, mais presque toujours curable : c'est le *vitiligo*.

ALBINISME.

L'albinisme est une décoloration générale de la peau, dépendant d'une lésion essentielle de la sécrétion pigmentaire, d'une absence complète, absolue de la matière colorante.

C'est une monstruosité assez rare d'ailleurs. Les individus qui en sont atteints ont reçu le nom d'*albinos ;* mais c'est à tort que l'on voudrait en faire une espèce à part. Bien qu'il ait pu paraître coïncider avec l'existence de certaines conditions climatériques, on retrouve l'albinisme dans toutes les races humaines.

Il est caractérisé par une décoloration de la peau qui est d'une blancheur mate, uniforme, d'un aspect laiteux très remarquable. Les cheveux participent à la décoloration cutanée; ils sont blancs, lisses, soyeux, tombants comme les poils des chèvres; dans quelques cas, ils sont, au contraire, crépus, droits, rudes : ils présentent quelquefois enfin une blancheur éclatante, comme argentée. On observe les mêmes phénomènes aux sourcils, aux cils, aux poils du pubis : le reste du corps est couvert d'un duvet ayant la consistance, la finesse et la blancheur du coton.

Chez les albinos, l'iris est d'une couleur rose, et la pupille laisse voir une rougeur prononcée. Ces changemens dépendent évidemment de l'absence du pigment dans la choroïde et l'uvée. Les yeux ne peuvent que difficilement supporter l'éclat de la lumière : ils clignotent sans cesse, pendant le jour; la pupille est le siége d'oscillations rapides et continuelles. Au contraire, à l'approche de la nuit, les albinos ont la faculté de distinguer très facilement les objets, même à distance.

On a remarqué que l'albinisme coïncidait toujours avec une sorte d'arrêt de développement moral et physique des individus qui en sont atteints. Ils sont, en général, d'une complexion débile; leur intelligence est déprimée.

L'albinisme est une affection toujours congénitale; c'est un état organique contre lequel il n'y a pas de traitement.

VITILIGO.

Vitiligo des anciens ; *alopécie ; leucopathie* de Blumenbach ; *achrome* d'Alibert ; *porrigo decalvans* de Bateman ; *vitiligo* de Biett.

HISTORIQUE ET DÉFINITION. Les Grecs ont donné le nom de vitiligo à une affection complexe qui, par sa nature et sa gravité, ne semble avoir qu'un rapport très indirect avec la maladie dont nous allons nous occuper. Ainsi, ils se sont servis de cette dénomination pour spécifier un type dont les principaux traits se rapporteraient à l'éléphantiasis ou

lèpre tuberculeuse. A ce titre, le vitiligo se serait subdivisé en trois espèces : l'ἀλφὸς, le μέλας et le λεύκη, que les Arabes auraient reproduites plus tard sous les noms d'*albaros alba*, de *morphea alba* qu'ils rapportaient au genre vitiligo. Il était résulté de ce point de départ une confusion qui a traversé toute l'histoire de la médecine et que l'on retrouve encore aujourd'hui. A côté des efforts tentés par Blumenbach, Mansfeld et après eux par Alibert pour faire du vitiligo une leucopathie et donner ainsi à ce mot une signification qui lui fût propre, on voit Lorry l'employer pour désigner une affection pustuleuse, et Bateman, reproduisant les opinions des anciens, essayer d'en faire un type morbide qui rappelle tout au plus un des aspects de l'éléphantiasis tuberculeux. Cette appréciation de l'école de Willan est d'autant plus singulière que, sous une dès formes du genre porrigo, le *porrigo decalvans*, elle a parfaitement décrit l'affection à laquelle il faut appliquer exclusivement le nom de vitiligo. L'erreur de Bateman tient ici au vice général de la classification du genre porrigo : elle a été partagée par un certain nombre de pathologistes, en Angleterre et aussi en France. Il en est résulté une confusion qui n'est pas complétement dissipée. C'est ainsi que M. Gruby a présenté à l'Académie des sciences un travail sur la nature cryptogamique d'une affection qu'il décrit sous le nom de *porrigo decalvans*, et qui, bien évidemment, n'est plus même un vitiligo, mais bien un herpès tonsurant. Biett avait bien compris l'importance qu'il y avait à bien préciser les caractères de ces affections, en faisant du vitiligo une décoloration cutanée; mais il avait été obligé, par l'insuffisance des classifications de Willan, de le ranger parmi les maladies n'appartenant à aucun des ordres élémentaires.

Le vitiligo est une lésion de sécrétion de la matière colorante, caractérisée par une décoloration de la peau et des poils sur les points affectés. Il consiste dans des plaques plus ou moins étendues, ordinairement assez bien arrondies, où la peau apparaît glabre, d'un blanc comme laiteux, mais sans offrir aucun phénomène d'inflammation. Quand il se manifeste sur des points couverts de poils, ceux-ci ou tombent ou sont complétement décolorés aussi.

Symptômes. Le vitiligo se manifeste à tous les âges. Il atteint les deux sexes; et, suivant son siége, il est plus fréquent à telle ou telle époque de la vie. Il n'est annoncé par aucun trouble général : il débute sans être accompagné de symptômes locaux appréciables. Les points affectés ne sont le siége d'aucun prurit, d'aucun sentiment de cuisson ou même de chaleur. Cette absence complète de phénomènes inflammatoires est si constante, que la maladie a souvent fait des progrès remarquables avant que le malade s'en soit aperçu. Quoi qu'il en soit, elle se manifeste par des points peu étendus d'abord, où la peau devient plus lisse, plus unie, glabre, d'un blanc laiteux. Ces surfaces sont décolorées, mais on n'y remarque jamais ni boutons, ni suintement, ni squames si légères qu'elles soient. La sensibilité n'y semble nullement modifiée. Ces points s'agrandissent peu à peu : ordinairement très étendus, ils affectent une forme exactement limitée par la peau saine, quelquefois assez bien arrondie. Dans quelques cas, ils se présentent sous l'aspect de stries longitudinales, ce qui a pu les faire confondre avec ce que Franck appelait le *vitiligo gravidarum*, *hydropicorum* et qui résulte de la destruction du derme, là où il y a eu une distension exagérée de la peau.

Le vitiligo peut se développer sur tous les points de la surface du corps; mais on le rencontre surtout dans les parties velues, au cuir chevelu, où il est plus fréquent dans la jeunesse, et chez les femmes; à la barbe, où on l'observe à l'âge adulte; aux parties génitales, où il est assez commun dans l'âge de retour.

Au cuir chevelu, il se présente avec des caractères particuliers qui en font une forme très curieuse des maladies de la peau. Là on observe, au début, la même absence de phénomènes généraux et locaux. Seulement, comme le plus souvent la décoloration se complique d'alopécie, le vitiligo est plus facilement appréciable.

Dans les cas ordinaires, les cheveux ne participent pas à la leucopathie. Ils semblent altérés dans leur sécrétion même; ils tombent sur certains points toujours bien limités, et laissent bientôt à découvert des surfaces que d'abord on couvrirait avec le bout du doigt. Si on les observe attentivement, on voit qu'elles sont blanchâtres, décolorées, la peau y est lisse, unie, mais on y distingue l'existence d'un duvet très léger, d'une couleur et d'une consistance cotonneuses; leurs limites, assez mal définies d'abord, se dessinent plus nettement à mesure que la maladie fait des progrès et affecte de plus en plus la forme circulaire. A son état complet, si l'on peut dire ainsi, le vitiligo consiste dans une plaque dont l'étendue varie de 2 à 5 ou 6 centimètres, complétement chauve, glabre, blanche comme du lait, quelquefois polie et brillante. Elle offre cela de remarquable qu'elle aboutit, par tous les points de sa circonférence, à une ligne où les cheveux ont conservé toutes leurs qualités normales et sont aussi fournis que partout ailleurs. Les plaques du vitiligo peuvent être multiples, se confondre par suite de leur développement excentrique et ne plus former qu'une surface irrégulière, occupant une grande partie du cuir chevelu. En général, il siége surtout à la partie postérieure de la tête.

Il n'est pas rare de voir le vitiligo exister sans alopécie. Dans ce cas, les cheveux participent à la décoloration cutanée; ils deviennent blancs et forment des mèches très limitées, d'un volume variable, qui, si elles sont multiples et si elles tranchent sur une chevelure d'un beau noir, par exemple, peuvent imprimer à la tête un aspect des plus curieux. Cette forme se présente surtout aux autres parties du corps qui sont couvertes de poils, notamment à la barbe et au pubis. On a remarqué aussi que sur ces points le vitiligo avait une ténacité plus grande qu'au cuir chevelu, et quand il affecte la forme alopécique. Il faut ajouter que les cheveux et les poils ainsi décolorés ne reviennent que très difficilement à leur état primitif. Tels sont les caractères du vitiligo, toujours accidentel chez les blancs. Il

faut ajouter ici, pour compléter l'histoire de cette maladie, qu'elle peut, chez les nègres, être congéniale et se présenter sous la forme de taches blanches, irrégulières, d'une étendue variable. C'est une monstruosité, et les nègres qui en sont affectés prennent le nom de *nègres pies*.

Le vitiligo est, en général, une maladie longue et d'autant plus qu'il atteint des sujets plus âgés; si on l'a vu disparaître spontanément, c'était une exception, car le plus souvent il ne se modifie qu'à l'aide d'un traitement rationnel et prolongé. Cette modification est annoncée par une animation marquée des plaques malades; elles reprennent peu à peu leur couleur normale; les poils repoussent, légers d'abord, puis plus épais jusqu'à ce qu'ils aient repris leur consistance et leur couleur habituelles. Quand l'affection a existé chez des individus déjà d'un certain âge ou d'une constitution affaiblie, les poils ne repoussent qu'incomplétement.

Le vitiligo est quelquefois largement répandu sur tous le corps, mélangé, comme nous le verrons tout à l'heure, avec des plaques d'éphélides.

Causes. La cause intime du vitiligo est une lésion de sécrétion dont la nature est inconnue. Certaines causes paraissent prédisposer au développement de cette maladie. Ainsi elle est surtout fréquente au milieu de la vie; elle semble affecter les femmes plus que les hommes; enfin elle semblerait influencée par un tempérament lymphatique. J'ai constaté un cas de vitiligo assez intense chez un jeune homme qui avait été atteint d'une hydrocéphale chronique et qui était sujet à une somnolence habituelle, souvent invincible. Quant aux causes extérieures et locales, elles semblent n'avoir aucune action marquée sur le développement de cette affection.

Le vitiligo n'est jamais contagieux.

Diagnostic. Quand le vitiligo est disposé en stries longitudinales, on pourrait le confondre avec les lignes blanchâtres que l'on observe aux mamelles, au ventre, à la partie supérieure des cuisses chez les femmes, après la grossesse ou l'allaitement, ou avec celles qui succèdent à l'hydropisie ascite. Mais ces lignes présentent à un examen attentif des caractères qui démontrent qu'elles sont le résultat de véritables déchirures, résultat de la destruction du derme, par suite de la distension forcée de la peau et appréciables au toucher. Dans le vitiligo, les surfaces décolorées sont toujours lisses et unies. Dans quelques cas curieux, on a pris pour les décolorations du vitiligo des surfaces restées saines au milieu de larges taches d'éphélides. L'erreur est d'autant plus facile, que j'ai vu des exemples dans lesquels il était réellement difficile de dire s'il y avait là sécrétion en trop, ou sécrétion en moins, et qu'il y a des cas où cette double lésion existe. Le plus souvent quand il n'y a que des éphélides, un examen attentif de la peau sur différens points ne tarde pas à éclairer le diagnostic.

Au cuir chevelu, le vitiligo, quand il se complique d'alopécie, pourrait-il être confondu avec le *favus*? Non sans doute, si l'on se rappelle que, dans ce dernier, sur les surfaces dénudées la peau est amincie, transparente et constitue un véritable tissu cicatriciel; tandis que dans le premier le cuir chevelu a conservé son épaisseur normale; il est simplement décoloré. Pour séparer le vitiligo de l'*herpès tonsurant*, il suffit de dire que celui-ci est caractérisé par de véritables tonsures où le cheveu est non pas tombé, mais coupé ras à un ou deux millimètres de la peau.

Pronostic. Le vitiligo congénial est incurable. Le vitiligo accidentel n'est jamais une maladie grave; mais il a souvent une grande ténacité et, bien qu'il guérisse le plus souvent, il faut bien se garder de promettre toujours une guérison, et surtout de la promettre prompte.

Traitement. Le traitement consiste surtout dans l'emploi de moyens topiques, destinés à aviver les parties malades, à ranimer les fonctions diminuées ou suspendues.

Pour arriver à ce but, on a proposé une foule de moyens ayant pour effet de faire pousser les cheveux : les pommades au rhum, au quinquina; la pommade de Dupuytren; on a vanté aussi un grand nombre de lotions excitantes. Cependant il ne faut pas perdre de vue que, si cette indication existe dans tous les cas, c'est à la condition de ne pas produire une trop forte irritation locale qui pourrait n'être pas sans inconvéniens. Voici quels sont les moyens qui m'ont le mieux réussi : je fais faire le soir, sur les points malades, des onctions avec la pommade suivante : teinture aromatique du Codex, 4 grammes; moelle de bœuf préparée, 30 grammes; f. s. a.; ou avec celle-ci : tannin, 4 grammes; axonge, 30 grammes; f. s. a.

Je fais faire le matin des lotions sur les mêmes points, avec de l'eau salée, à peine tiède; des frictions sèches ou faites avec un linge fin, imbibé d'une teinture aromatique ou d'une teinture de sulfate de quinine, m'ont aussi donné de très bons résultats.

J'ai recours aussi aux bains alcalins, en recommandant au malade de se laver la tête avec l'eau du bain.

Tels sont les moyens à l'aide desquels on peut espérer modifier le vitiligo : il est le plus souvent inutile de recourir à un traitement interne, excepté quand il y a prédominance évidente du tempérament lymphatique : alors je conseille les amers, le vin de quinquina, l'huile de foie de morue et surtout l'hydrochlorate de chaux.

Le traitement peut être heureusement aidé par une saison aux eaux thermales sulfureuses.

COLORATIONS.

Nous avons vu qu'indépendamment des *taches* ou *empreintes* qui succèdent à un grand nombre d'inflammations chroniques, il existe des affections caractérisées par une lésion idiopathique de la sécrétion pigmentaire qui est en excès ou viciée : ces affections constituent ce qu'il faut appeler les colorations de la peau.

Elles peuvent être accidentelles ou congéniales; générales ou locales. Elles sont constituées par une exagération de la couleur naturelle de la peau, qui se traduit elle-même par des phénomènes variables.

Il en résulte diverses espèces que nous allons décrire successivement. Ce sont la *teinte bronzée*, les *éphélides* et les *nœvi pigmentaires.*

TEINTE BRONZÉE.

La teinte bronzée est une lésion de la sécrétion de la matière colorante caractérisée par une coloration générale d'un gris ardoisé, qui prend à la lumière une nuance verdâtre.

La teinte bronzée peut se développer spontanément, mais c'est dans des cas rares et exceptionnels. Je l'ai vue ainsi survenir sans cause connue, et j'ai remarqué qu'alors elle était moins foncée que quand elle se manifeste à la suite de l'ingestion du nitrate d'argent. La peau a plutôt l'air sali que l'aspect résultant d'une véritable coloration anormale.

La teinte bronzée n'apparaît bien franchement que chez les individus qui ont été soumis à l'action du nitrate d'argent. On sait, en effet, que ce sel est administré, même à haute dose, contre l'épilepsie, et que son emploi produit des effets très énergiques et très heureux. Malheureusement c'est à la condition, sinon fatale, au moins très fréquente, de déterminer chez les malades le curieux phénomène de la teinte bronzée.

Celle-ci ne se manifeste ordinairement que long-temps après que l'on a commencé l'usage du nitrate d'argent. La peau prend d'abord une teinte uniformément bleuâtre; cette coloration augmente peu à peu d'intensité jusqu'à ce qu'elle devienne de ce gris ardoisé caractéristique qui lui a fait donner son nom. Cette teinte est surtout appréciable aux points habituellement exposés à la lumière, ainsi aux mains et au visage. Dans quelques cas et surtout aux parties où la peau est très fine, la coloration peut prendre une intensité extrême, jusqu'à devenir presque noire. On remarque que la conjonctive présente une teinte cuivrée livide, que l'on retrouve aux points qui, intermédiaires entre la peau et les muqueuses, sont exposés aux rayons solaires. Biett avait observé que les cicatrices antérieures à la coloration bronzée y participaient d'une manière plus ou moins complète; mais que celles qui survenaient après, restaient blanches, surtout si elles étaient un peu profondes.

Ce qui caractérise tout spécialement la teinte bronzée et en confirmerait au besoin la nature, c'est qu'elle est d'autant plus manifeste que l'individu affecté est dans les conditions qui déterminent le retrait du sang des vaisseaux capillaires, comme la peur; qu'elle apparaît d'autant moins que la malade est sous l'influence des causes qui le congestionnent et le font rougir.

La teinte bronzée se développe sans être accompagnée de troubles généraux ou locaux appréciables. Elle a une durée illimitée; dans quelques cas elle a pu diminuer d'une manière notable; mais il n'y a pas d'exemple d'une disparition spontanée complète. Elle dure le plus souvent toute la vie, sans rémission ni changement. Elle n'est accompagnée d'ailleurs d'aucun trouble de la santé générale, d'aucune autre lésion organique apparente. On remarque aussi que les annexes de la peau ne participent pas nécessairement à cette coloration. Ainsi les cheveux et les poils restent à l'état normal. Quant aux ongles, ils sont ordinairement d'une teinte bleuâtre.

Les caractères qui constituent la teinte bronzée ne sauraient permettre de la confondre avec aucune autre affection. Quant à la cause qui le produit, c'est-à-dire l'ingestion du nitrate d'argent, elle ne saurait plus être révoquée en doute après les faits nombreux, irrécusables que l'expérience a permis de recueillir, dans le traitement des affections convulsives. Après cela, il faut reconnaître que nous ne savons rien de l'influence du nitrate d'argent, quant au mode de production lui-même de cette coloration.

La teinte bronzée ne constitue point une affection fâcheuse. Elle n'a de gravité que son aspect même et son incurabilité; car, jusqu'à présent du moins, elle a résisté à toutes les espèces de traitemens que l'on a essayées. On a proposé l'emploi des vésicatoires répétés; mais, outre que leur application est restée inefficace, Biett a fait observer avec raison qu'au visage, par exemple, elle rencontrerait des obstacles insurmontables, aux paupières, aux bords du cartilage tarse et à la conjonctive : qu'en cas de succès, ces points devraient conserver la coloration anormale et constituer un bariolage plus désagréable que le mal auquel on aurait ainsi porté remède.

ÉPHÉLIDES.

Lentigo; taches de rousseur; pannus lenticularis; pannus hepaticus d'Alibert; *taches hépatiques.*

Définition. Les éphélides consistent dans une lésion congéniale ou accidentelle de la sécrétion pigmentaire. Cette lésion est caractérisée par des taches d'un jaune safrané, de grandeurs variables, irrégulières, accompagnées quelquefois de démangeaisons et sans la moindre exfoliation.

Symptômes. Les éphélides se présentent sous deux formes qui ont fait admettre deux espèces distinctes. Dans l'une, les taches sont ordinairement très petites, de la largeur d'une lentille au plus, bien isolées, même quand elles sont très nombreuses, d'un jaune safrané, quelquefois un peu foncé; c'est le *lentigo,* plus connu sous le nom de *taches de rousseur.* Dans l'autre, les taches sont plus irrégulières, plus grandes, plus largement répandues : ce sont les *éphélides* proprement dites.

Le *lentigo* se manifeste surtout à la face, au cou, à la poitrine, aux mains, c'est-à-dire aux points qui sont le plus exposés à la lumière. Il est souvent congénial; dans d'autres cas il se développe dans la première ou la seconde enfance. Il se manifeste sous forme de petites taches assez exactement arrondies, d'un jaune safrané, souvent fauves, quelquefois comme ignées. Ces taches ne sont précédées ni accompagnées d'aucun sentiment de douleur, de chaleur, de prurit; elles ne donnent lieu à aucune desquamation. Ces colorations augmentent évidemment d'intensité sous certaines influences, l'insolation par exemple. Ordinairement bien isolées, elles peuvent cependant être confluentes sur certains points et se confondre, notamment au nez et aux pommettes. Elles ne sont jamais proéminentes. En somme, le lentigo constitue moins une maladie, qu'une petite difformité, souvent pénible en ce qu'elle nuit à la beauté.

Les *éphélides* sont toujours un symptôme accidentel. On les observe surtout à l'âge adulte : elles peuvent se développer sur tous les points de la surface du corps; mais elles affectent de préférence le front, le cou, la poitrine, le sein, l'abdomen, les aines et les cuisses.

Précédées quelquefois d'un prurit léger, les éphélides se manifestent par de petites taches d'abord assez régulièrement arrondies, d'un gris jaunâtre, mais dont la teinte se dessine de mieux en mieux, jusqu'à ce qu'elles offrent une coloration safranée plus ou moins manifeste. Elles sont, au début, du diamètre moyen d'une pièce de cinquante centimes. D'abord isolées et discrètes, elles se multiplient, deviennent confluentes, se réunissent et forment des plaques plus ou moins étendues, irrégulières, dont la teinte est uniformément jaunâtre. Ce caractère, joint à ce que les plaques peuvent être très largement répandues sur tout le corps, fait tellement ressortir la blancheur de la peau restée saine, que celle-ci a pu être prise pour une décoloration, pour un *vitiligo.*

Les éphélides n'offrent jamais de saillie appréciable au toucher. Elles sont quelquefois accompagnées d'un léger prurit. J'ai dit déjà plus haut que, dans plusieurs cas que j'ai observés avec soin, il y avait évidemment à la fois, et des taches d'éphélides, et des plaques de vitiligo; il semblait qu'il se fît, sur ces parties, une inégale répartition de la matière colorante, absente ici, et en excès à côté. Leur développement n'est précédé ou accompagné d'aucun symptôme général appréciable : elles coïncident avec une bonne santé d'ailleurs et ne déterminent aucun trouble de l'économie. Dans quelques cas, les éphélides disparaissent spontanément au bout de quelques jours. Le plus souvent elles ont une marche chronique et durent pendant un temps plus ou moins long.

Causes. Les éphélides peuvent affecter tous les individus; cependant on les rencontre surtout chez les personnes à peau blanche, fine, délicate. Elles attaquent indifféremment les deux sexes; elles sont peut-être plus fréquentes chez les femmes.

Le lentigo n'existe guère que chez les individus blonds, roux ou rouges, d'un tempérament lymphatique. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on l'observe dans d'autres conditions. Il est le plus souvent congénial : quand il est accidentel, il se manifeste presque toujours sous l'influence de l'insolation.

Les éphélides proprement dites sont toujours un symptôme accidentel. Fréquentes chez les femmes blondes, à peau fine et impressionnable, elles sont produites par des écarts de régime, l'ingestion de certaines substances alimentaires, la suppression ou la diminution du flux menstruel, etc. On les a attribuées à l'influence d'une affection organique et on leur a donné, à ce titre, le nom de *taches hépatiques;* mais ce lien semble au moins hypothétique. On les observe souvent chez les femmes enceintes, et, situées au visage, elles constituent ce que l'on appelle le *masque.*

Diagnostic. Quand le lentigo est situé sur le tronc ou les membres, il pourrait, par sa disposition en taches lenticulaires, bien isolées, en imposer pour un *purpura simplex.* Mais dans celui-ci les taches sont d'un rouge livide, elles ne siégent que très rarement au visage; elles sont accidentelles et coïncident avec quelque trouble de l'économie : celles du lentigo, au contraire, sont d'un jaune safrané, on les rencontre presque toujours au cou et au visage; elles

sont ordinairement congéniales, et coïncident avec une santé parfaite. Ces différences, bien appréciées, suffiront pour empêcher toute erreur.

Le diagnostic des éphélides proprement dites est, en général, facile. Cependant on pourrait les confondre avec le *pityriasis versicolor* dont elles se rapprochent beaucoup par la disposition, la couleur, mais dont elles diffèrent complétement par l'absence de la desquamation.

Quant aux *taches syphilitiques*, avec lesquelles on confond si souvent les éphélides, elles s'en séparent par leur teinte particulière, sombre, presque noire, qui, avec la couleur du reste de la peau, donne une teinte cuivrée qui n'échappe pas à des yeux exercés.

Rien n'est plus rare d'ailleurs que les taches syphilitiques, et je ne les ai jamais vues sans être accompagnées d'autres symptômes de cette nature. On les distinguera plus facilement encore des empreintes syphilitiques qui succèdent à certaines lésions élémentaires, à des squames, à des tubercules, et qui sont remarquables par une teinte cuivrée et sombre, par l'amincissement de la peau, caractères qui diffèrent essentiellement de ceux des éphélides.

Pronostic. Les éphélides n'offrent aucune espèce de gravité. Tout au plus le lentigo est-il un ennui par la petite difformité qu'il entraîne. Quant aux éphélides, elles n'ont d'autre inconvénient que les taches elles-mêmes qui les caractérisent.

Traitement. C'est surtout dans le traitement des éphélides que l'on a utilement recours à l'emploi des sulfureux. On conseillera, à l'intérieur, les eaux d'Enghien, de Barèges ou de Cauterets, quelques légers laxatifs. J'ai souvent employé aussi l'eau de Vichy, ou une solution de bi-carbonate de soude à la dose de 2 à 4 grammes pour 500 grammes d'eau distillée, surtout quand il y avait quelques troubles des fonctions digestives.

On s'abstiendra, en général, de l'emploi de tout topique excitant, destiné à tonifier la peau; ainsi les pommades alcalines, les lotions astringentes, les applications résolutives sont inutiles.

Le traitement externe consiste surtout dans les bains sulfureux. Dans quelques cas où les éphélides, bornées aux aines, à la partie interne des cuisses, y déterminaient du prurit, j'ai fait alterner avec les bains des lotions avec une solution de 30 grammes de sulfure de potasse dans 1 kilogramme d'eau.

Quant au lentigo, il n'exige aucune espèce de traitement.

NÆVI PIGMENTAIRES.

Maculæ maternæ; Envies.

Les nævi pigmentaires sont le résultat d'une altération dans la production pigmentaire, caractérisée par des colorations de grandeurs variables, pouvant présenter une foule de teintes, mais étant surtout jaunes ou noires, congénitales et incurables. On les a désignés sous le nom de *spili* (de σπῖλος, macule): on les connaît vulgairement sous la dénomination d'*envies*, qui leur a été donnée par suite de la croyance que ces nævi devaient être, dans la plupart des cas, attribués à certaines impressions éprouvées par la mère pendant la gestation; ils sont constitués par une altération congénitale de la production pigmentaire; ils ne proéminent pas à la surface de la peau; ils siégent sur tous les points du corps, de préférence aux mains, au col et au visage. Ordinairement limités à des points peu étendus, ils sont quelquefois, au contraire, plus largement répandus, de manière à occuper la moitié de la figure, par exemple, ou la plus grande partie d'un membre. De forme irrégulière, ces colorations varient beaucoup par la teinte qu'elles présentent; mais le plus souvent elles sont jaunes ou noires; dans ce dernier cas, elles peuvent être recouvertes de poils courts et très durs. On a cru souvent retrouver en elles la forme de certains objets usuels, et cette circonstance a contribué à entretenir l'idée qu'elles étaient sous la dépendance de certaines envies de la mère.

Les nævi pigmentaires ne sont accompagnés ni de prurit ni de douleur; ils coïncident avec une santé parfaite. Dans quelques cas, on les a vus perdre spontanément de leur intensité; le plus souvent, ils durent toute la vie sans changement sensible.

La cause première de ces colorations est complétement inconnue. Elles portent avec elles un cachet si particulier qu'il est impossible de les confondre avec aucune autre affection.

Il n'y a aucun traitement utile à opposer aux nævi pigmentaires. On a proposé la cautérisation; mais, si elle pouvait réussir, ce serait à la condition de remplacer la coloration par une cicatrice indélébile qui constituerait une difformité au moins aussi grande que celle qui résulte des nævi.





Éléphantiasis des Arabes.



TROISIÈME GROUPE.

HYPERTROPHIES.

DÉVELOPPEMENT ANORMAL DES PARTIES AFFECTÉES.



Les maladies qui composent ce groupe sont caractérisées par une hypertrophie locale du tissu affecté, avec intumescence et déformation plus ou moins considérable des parties malades.

L'hypertrophie du tissu est donc le caractère essentiel, pathognomonique de ces maladies. C'est lui surtout qui les sépare d'autres tumeurs, analogues en apparence, qui, résultat accidentel de causes diverses, prochaines ou éloignées, ne sont pas comme ici la tendance, fatale, inévitable du mal, la maladie tout entière. Nous dirons en écrivant l'histoire des maladies qui appartiennent à ce groupe, et notamment de l'éléphantiasis des Arabes, les traits qui les rapprochent et les séparent de ces tumeurs diverses, de l'œdème, de l'induration du tissu cellulaire, des phlebectasies, etc.

Les maladies hypertrophiques de la peau, développées dans le point où a agi la cause qui les a fait naître, semblent toutes locales, et là où elles finissent, les limites qui les séparent du tissu sain sont le plus souvent bien tranchées, cependant quelques cas de répullulation portent au moins à admettre la solidarité d'un système tout entier, du système lymphatique.

Plus communes dans certains climats, elles semblent se développer surtout sous une influence endémique, cependant elles sont aussi idiopathiques, ce sont celles que nous avons observées.

Leur marche est excessivement lente, et ce n'est qu'au bout d'un temps bien long, et le plus souvent accidentellement, qu'elle se compliquent, par exception, d'accidens qui peuvent compromettre la santé générale.

L'*éléphantiasis des Arabes* est la maladie la plus remarquable et la plus importante de ce groupe.

Nous y joindrons le *Frambœsia,* affection qui n'appartient point à nos climats, et dont la nature est encore peu connue.

Quant au genre *Molluscum,* il a perdu beaucoup de son importance, depuis que l'observation a permis d'en rattacher à l'acné la partie la plus curieuse, sous le nom de *Molluscum athéromateux:* cependant il existe bien évidemment des hypertrophies partielles, idiopathiques, tout à fait étrangères au follicule, qui ne peuvent pas ne pas être décrites à part, et auxquelles le nom de *Molluscum* devra être conservé.

Enfin, ce groupe contient encore les hypertrophies épidermiques, et certaines hypertrophies congénitales, connues sous les noms de *Verrues* et de *Nævi vasculaires* hypertrophiques.

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

SYNONYMIE : *Dal fil* des Orientaux ; *lèpre tuberculeuse éléphantine ; jambe* des Barbades ; *éléphantiasis tubéreux* d'Alibert ; *febris erysipelatosa* de Sennert et d'Hoffmann.

HISTORIQUE ET DÉFINITION. A propos de cette maladie, nous avons à signaler de nouveau une de ces causes d'erreur ou au moins de confusion qui, trop souvent dans la pathologie cutanée, ont résulté de l'emploi du même terme em-

ployé pour désigner des maladies différentes. C'est ainsi que le mot *éléphantiasis* sert pour spécifier deux types aussi distincts par leur nature que par leurs symptômes. L'un est l'*éléphantiasis des Grecs*, affection à part, toujours grave, caractérisée par une lésion profonde de la sensibilité, par une altération tuberculeuse de la peau, par des désordres terribles, et constituant une maladie générale, *totius substantiæ*. C'est le *tsarath* des Hébreux ; c'est la véritable *lèpre tuberculeuse*.

L'autre est l'*éléphantiasis des Arabes*, ainsi nommée, parce qu'elle détermine une hypertrophie considérable, telle parfois que, siégeant aux jambes par exemple, elle les déforme au point de leur donner une certaine ressemblance avec celles de l'éléphant.

C'est là, nous le répétons, une cause d'erreur dont il faut être bien prévenu, parce qu'aujourd'hui encore la même confusion existe dans les termes, alors que l'observation ne permet plus de doute sur les caractères si différens qui appartiennent aux deux maladies qu'ils représentent.

L'éléphantiasis des Arabes a été observé très-anciennement. Les Arabes, qui lui ont donné leur nom, en parlent comme d'une maladie bien connue. C'est ainsi qu'il est signalé par Avicennes et par Rhazès ; mais c'est surtout au XVIII[e] siècle que des observateurs anglais, Town, Hillary et Hendy, ont, par des descriptions plus complètes, fait connaître l'éléphantiasis des Arabes, qu'ils appelaient *Jambes des Barbades*, par cette double circonstance qu'il était commun dans ces parages, et qu'il affectait surtout les membres inférieurs. En France, cette maladie a été mise en lumière par une excellente monographie de M. Alard (1), qui en présente l'histoire la plus complète qui existe encore aujourd'hui. Le livre de cet observateur avait, en outre, le mérite d'avoir réuni sous un seul type diverses entités morbides qui n'étaient que des symptômes particuliers ou des variétés de l'éléphantiasis des Arabes. C'est à ce titre qu'il faut rapporter à cette maladie le *pédartrocace* de Kœmpfer, le *souky* du Japon, les *hernies charnues* de Prosper Alpin, le *sarcocèle d'Égypte* de Larrey, la *fièvre érysipélateuse* de Sennert et d'Hoffmann.

On a confondu avec l'éléphantiasis des Arabes certaines maladies bien distinctes, mais cependant caractérisées par une intumescence plus ou moins considérable des points affectés. C'est ainsi que l'on a pris pour des exemples de cette affection des cas d'oblitération des vaisseaux à la suite de blessures, et donnant lieu à des hypertrophies accidentelles. M. le docteur Bouillaud a cité le fait d'une jeune femme dont les membres inférieurs s'étaient tuméfiés à la suite de l'oblitération des veines crurales et de la veine cave elle-même, dans des proportions et avec des caractères qui leur donnaient l'apparence des jambes d'éléphant, etc.

Définition. L'éléphantiasis des Arabes est une maladie du réseau lymphatique superficiel et profond et des vaisseaux lymphatiques sous-cutanés. Il est caractérisé par des phénomènes d'inflammation érysipélateuse ou d'angioleucite, qui reviennent par accès, et laissent chaque fois une hypertrophie de plus en plus notable des points affectés. Celle-ci est permanente : elle intéresse la peau, le tissu cellulaire, le tissu adipeux : elle constitue des déformations plus ou moins considérables, quelquefois vraiment monstrueuses ; elle peut enfin se compliquer de désordres plus ou moins graves, d'ulcérations, etc.

Symptômes. Il est rare que l'on puisse observer l'éléphantiasis des Arabes au début. Le plus souvent l'attention du malade n'est éveillée que quand le mal existe déjà depuis quelque temps. Aussi le médecin n'est-il appelé que quand l'hypertrophie a fait des progrès plus ou moins sensibles. Quoi qu'il en soit, l'éléphantiasis des Arabes est précédé de symptômes généraux, tels que frissons, malaise, vomissements. Puis, le malade perçoit la sensation d'une douleur vive dans le trajet du membre qui doit être atteint. Cette douleur est profonde, pénible ; elle correspond aux ganglions de l'aine ou de l'aisselle ; elle peut être accompagnée d'un mouvement fébrile. Sur le trajet douloureux la peau devient le siége de phénomènes caractéristiques, ou bien c'est une rougeur diffuse, avec chaleur et tension vives, une véritable inflammation érysipélateuse, ou, au contraire, la rougeur est rubanée ; elle suit une corde noueuse, très-tendue, partant, par exemple, de la partie inférieure de la jambe pour aboutir aux ganglions de l'aine qui peuvent être alors engorgés : c'est une angioleucite.

Ces accidens ont une durée variable, ordinairement assez courte. Ils passent quelquefois sans laisser d'abord de traces. Ainsi l'érysipèle semble avorter ; il se termine, brusquement même, par une légère exfoliation.

Après un laps de temps, qui varie d'un à plusieurs mois, les mêmes phénomènes se produisent, c'est-à-dire qu'on voit apparaître un érysipèle ou une angioleucite qui suit la même marche. Le plus souvent alors l'inflammation est suivie d'un empâtement léger d'abord qui persiste plus ou moins long-temps, et peut céder pour revenir après une autre crise érysipélateuse. Cette hypertrophie, soit qu'elle ait disparu pour se reproduire, soit que tout d'abord elle ait été permanente, devient de plus en plus appréciable. Toutefois elle augmente très lentement ; ainsi il n'est pas rare de la voir dater de plusieurs années déjà, encore qu'elle n'ait pris qu'un développement peu considérable. Mais, quelle qu'ait été sa marche, elle peut acquérir des proportions véritablement énormes.

L'hypertrophie se présente d'ailleurs avec des caractères différens. Tantôt elle consiste dans un gonflement égal,

(1) Alard. *Histoire d'une maladie particulière du système lymphatique, fréquente, quoique meconnue jusqu'à ce jour.* Paris, 1806.

dans une tuméfaction uniforme, assez exactement arrondie : la peau est unie, lisse, luisante, et elle offre une certaine analogie avec ce que l'on observe dans l'œdème ordinaire. Cependant il faut, dès à présent, signaler une différence importante, c'est que, dans l'eléphantiasis des Arabes, le point hypertrophié est toujours plus dur, plus résistant, qu'il n'est pas mou, demi-liquide comme dans l'œdème.

Tantôt l'hypertrophie s'est établie par étages. Ceux-ci sont en nombre variable, et séparés par des plis profonds; aussi impriment-ils au membre affecté un aspect des plus étranges. Situés à la jambe, ces plis peuvent s'arrêter au pied qui reste à l'état normal : d'autres fois, au contraire, celui-ci participe à l'hypertrophie ; il est énorme, déprimé, monstrueux, et offre l'aspect d'une jambe d'éléphant. Il faut noter ici une circonstance assez curieuse, c'est que la tuméfaction ne gagne jamais la plante des pieds.

Nous avons dit que l'éléphantiasis des Arabes pouvait acquérir des proportions très considérables. Parvenu à cet état, il présente des caractères nouveaux qui lui donnent une physionomie des plus curieuses, si non une gravité des plus grandes; ou bien la peau reste intacte, blanche, nette ; elle a un aspect adipeux des plus remarquables. D'autres fois, au contraire, elle est le siége d'altérations variées. Ainsi, on a signalé la présence d'éruptions accidentelles ; j'ai vu, dans quelques cas, l'éléphantiasis compliqué de papules, notamment après les poussées érysipélateuses ; dans d'autres, il survient des éruptions de vésicules, ou bien encore la peau est épaissie tout entière. On observe alors fréquemment des lésions épidermiques avec lesquelles coïncident des altérations de la sécrétion pigmentaire. On remarque aussi, surtout quand l'hypertrophie est par étages, un suintement gras particulier, ayant une consistance caséeuse. Une des complications les plus sérieuses qui peuvent survenir à la peau est la présence de végétations. Celles-ci s'enflamment fréquemment ; elles deviennent le siége de gerçures profondes, qui se recouvrent de croûtes tombant et se renouvelant sans cesse. Les points affectés, recouverts d'écailles superposées, ont souvent un aspect ichthyosique.

A cette période l'éléphantiasis des Arabes peut rester indéfiniment stationnaire. Il n'est pas rare non plus de le voir se compliquer de désordres plus profonds et aussi plus graves. Il se forme des engorgemens ganglionaires, avec une induration squirrheuse : ils donnent lieu à des doulours profondes, des ulcérations gangreneuses, à des suppurations de mauvaise nature. Il survient des vomissemens, des sueurs, de la fièvre hectique ; les articulations se prennent ; il se manifeste des symptômes d'épanchement purulent : le malade succombe dans le marasme. A l'autopsie, on a constaté l'existence de tissus dégénérés, comme lardacés ; de clapiers, de décollemens considérables ; on a trouvé les muscles amincis, pâles, décolorés.

Tels sont les symptômes qui caractérisent l'éléphantiasis à ses divers états. Mais, indépendamment de ces symptômes, il emprunte à certains siéges des caractères particuliers qui, bien que ne constituant pas des espèces à part, méritent cependant d'être signalés.

Ainsi, l'éléphantiasis se présente assez fréquemment au scrotum, surtout dans les contrées équatoriales; chose assez curieuse, il est alors précédé presque exclusivement de symptômes d'angioleucite. Il suit en général, sur ce point, la marche que nous venons de décrire, seulement il est souvent accompagné d'un suintement sébacé plus ou moins abondant, phénomène qui est bien probablement une complication consécutive. Mais ce qui lui donne surtout une physionomie sérieuse, c'est le volume souvent énorme qu'acquiert l'organe affecté. On a cité un cas où le scrotum avait pris des proportions telles qu'il pesait 74 kilogrammes. J'en ai vu plusieurs exemples qui, sans offrir ce développement excessif, m'ont permis d'apprécier le caractère hypertrophique qui a fait donner à l'éléphantiasis du scrotum les noms significatifs de sarcocèle d'Égypte ou de hernie charnue.

L'éléphantiasis des Arabes est très rare au cuir chevelu. Je n'en ai vu, pour ma part, qu'un seul exemple bien constaté : c'était chez une jeune fille ; l'affection occupait la partie postérieure de la tête. On a bien évidemment pris pour des faits de ce genre des symptômes de tuméfaction survenus à la suite d'opérations chirurgicales, et compliqués d'induration ou passagère ou permanente.

Il faut en dire autant de l'éléphantiasis des oreilles, que l'on a confondu avec les intumescences qui surviennent sur les mêmes points à la suite d'éruptions et notamment d'eczéma. L'erreur est d'autant plus facile dans ce dernier cas, que la maladie procède par *poussées*, qui laissent chaque fois une hypertrophie plus considérable, qu'elle est précédée ou accompagnée d'une rougeur érysipélateuse ; que son caractère suintant peut manquer. Aussi nous est-il arrivé d'hésiter ou même de nous méprendre en présence de ces faits équivoques. Nous verrons cependant, en parlant du diagnostic, quelles différences de forme séparent deux maladies si dissemblables au fond. Sous réserve de cette confusion possible, nous répétons que le véritable éléphantiasis de l'oreille est une affection très-rare.

On observe encore l'éléphantiasis des Arabes à la vulve et aux mamelles chez les femmes, sans qu'il présente d'ailleurs aucun caractère particulier remarquable.

Sous toutes ses formes, l'éléphantiasis est toujours une maladie opiniâtre, qui ne cède que difficilement au traitement le plus rationnel. Il a d'ailleurs une durée infinie ; il est sujet à récidives ; et, quand il est parvenu à un état très ancien, quand il a acquis certaines proportions, il est alors incurable.

Causes. L'étiologie de l'éléphantiasis des Arabes est très-obscure. Peu commun en France, il serait au contraire très

fréquent dans les régions équatoriales; il serait même endémique aux Colonies où on l'attribue généralement à l'influence du froid des nuits succédant aux chaleurs excessives du jour.

On a dit qu'il était contagieux, mais cette opinion ne semble basée sur aucun fait probant. Il n'est pas non plus démontré par l'observation qu'il soit héréditaire. Ce qu'il paraît juste d'admettre, c'est une prédisposition individuelle, qui est mise en jeu par certaines causes déterminantes. Au nombre de celles-ci, il faut ranger le froid, l'humidité, l'influence accidentelle de blessures ou d'opérations. Pour démontrer que l'éléphantiasis des Arabes ne saurait être une maladie purement locale, on a fait observer qu'il se reproduit par voie de métastase. Nous devons déclarer, à ce propos, que nous avons vu chez une femme opérée de l'amputation du bras gauche pour un éléphantiasis incurable, l'hypertrophie envahir le bras droit jusqu'alors resté sain.

L'éléphantiasis des Arabes peut exister à tous les âges : on l'a observé même chez les nouveau-nés; mais il est surtout fréquent chez les adultes. Il affecte indistinctement les deux sexes, bien qu'il semble plus fréquent chez la femme, peut-être à cause de la prédominance du système lymphatique.

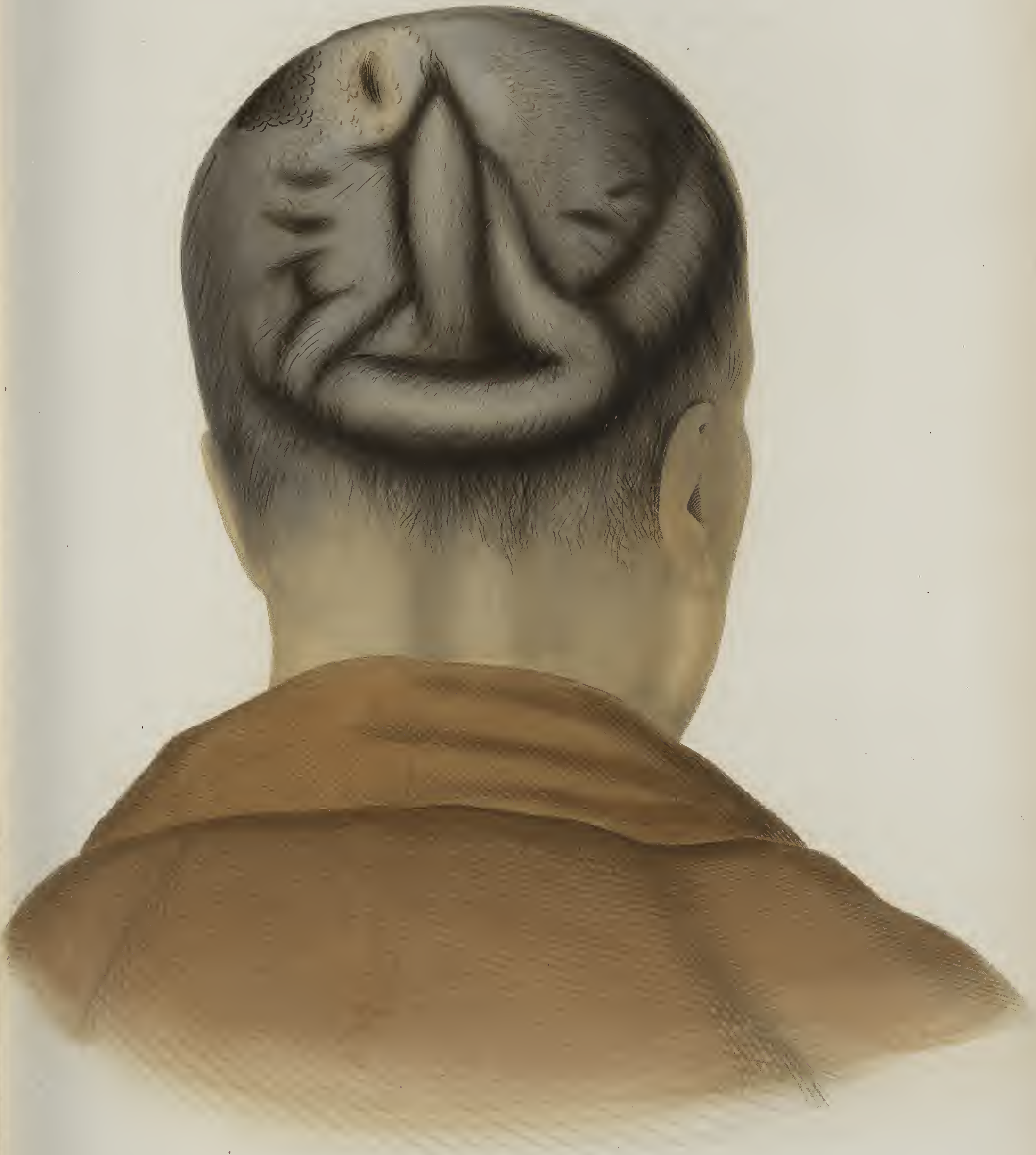
Diagnostic. La similitude de noms a pu faire confondre l'éléphantiasis des Arabes avec celui des Grecs; mais les caractères de ces deux affections diffèrent assez entre eux pour rendre une telle erreur difficile. Nous savons, en effet, que dans le premier le symptôme essentiel est une hypertrophie soit régulière, soit par étages des points affectés : l'éléphantiasis des Grecs est caractérisé par des tubercules quelquefois énormes, mais toujours distincts, et constituant des bosselures irrégulières, séparées par des sillons et non par des plis. Ce dernier a d'ailleurs pour signe pathognomonique des taches fauves qui sont le siége ou d'une insensibilité telle, que l'on peut impunément les piquer avec des épingles, c'est ce qui a lieu le plus souvent; ou, par exception, d'une sensibilité si exagérée que le moindre contact y détermine une douleur vive, semblable à celle qui suit la contusion du nerf cubital. Enfin, si dans l'éléphantiasis des Arabes on observe certaines lésions secondaires, une sorte d'altération des tissus, celle-ci n'a aucune analogie avec les dégénérescences qui caractérisent l'éléphantiasis des Grecs, surtout dans la forme *anaïsthète*.

L'éléphantiasis des Arabes peut être plus facilement confondu avec certaines intumescences locales que nous avons signalées plus haut; et il est bien probable que c'est à des erreurs de cette nature qu'il faudrait rapporter un certain nombre de cas d'éléphantiasis qui auraient cédé facilement à des moyens ordinaires. En effet, quand cette maladie est caractérisée par une hypertrophie régulière, sans altération de la peau, elle présente une certaine analogie d'aspect avec l'œdème ou l'anasarque. Mais elle s'en sépare par des caractères distinctifs qu'il est toujours possible d'apprécier. Ainsi, dans l'œdème, la tuméfaction est progressive, et là où elle finit, elle se perd insensiblement avec la peau saine : dans l'éléphantiasis, au contraire, l'hypertrophie tranche le plus souvent d'une manière brusque avec les points où la peau est à l'état normal, circonstance qui ne contribue pas peu à leur donner une physionomie des plus étranges. Dans l'œdème, les tissus sont mous, comme infiltrés de liquide; ils gardent l'empreinte du doigt qui les presse : dans l'éléphantiasis la peau est dure, résistante; il semble qu'elle constitue un tissu squirrheux. A ces signes, il faut joindre, pour cette dernière affection, l'existence antérieure d'érysipèle ou d'angioleucite. L'erreur ne serait plus possible, si l'éléphantiasis existait à cet état où il se complique des lésions secondaires si remarquables que nous avons signalées.

Quand l'éléphantiasis est limité à certains siéges particuliers, le plus souvent le diagnostic ne présente aucune difficulté, ainsi aux mamelles, au scrotum, par exemple. Il n'en est pas de même quand il est fixé à l'oreille, et là, il a pu être confondu avec une maladie dont il importe de la séparer avec soin, avec l'eczéma. En effet, ce dernier est caractérisé sur ce point par une marche aiguë et comme érysipélateuse au début, par une hypertrophie qui s'accroît à la condition de poussées successives. Or, ce sont là des caractères, qui présentent une grande analogie avec ce qui se passe dans l'éléphantiasis. Mais l'eczéma de l'oreille se manifeste tout d'abord par une éruption vésiculeuse qui occupe toute l'oreille externe, et devient bientôt le siége d'un suintement séreux plus ou moins abondant. Dans l'éléphantiasis la rougeur érysipélateuse ou l'angioleucite est bornée ordinairement à un point de l'oreille; elle ne s'accompagne d'aucun phénomène de sécrétion. Dans le premier, l'hypertrophie s'établit d'une manière uniforme sur la totalité de l'organe : dans le second, elle débute à la partie déclive, au lobule, pour gagner de là et successivement tous les autres points. Ajoutons que, dans l'eczéma, l'hypertrophie consiste dans un engorgement du tissu cellulaire sous-cutané, et que malgré les caractères qui semblent les rapprocher en apparence, ces deux affections sont tout-à-fait dissemblables quant à leur nature et leur gravité.

Siége et nature. L'éléphantiasis des Arabes peut, comme nous l'avons dit, se présenter à peu près sur toutes les parties du corps. Ainsi, je l'ai vu à la tête, aux oreilles, au cou, au tronc, au scrotum ou à la vulve, au pénis ou aux grandes lèvres; mais il est surtout fréquent aux membres, et principalement aux membres inférieurs. C'est même à cette dernière circonstance qu'il doit d'avoir reçu le nom particulier de *Jambe des Barbades*.

Le siége anatomique de cette curieuse maladie est bien évidemment dans le réseau lymphatique de la peau. C'est dire assez quelle est sa nature, parfaitement signalée d'ailleurs par M. Alard.



Éléphantiasis du cuir chevelu.

Imp. F. Chardon aîné, 30, r. Hautefeuille, Paris

Pronostic. Si l'éléphantiasis des Arabes n'est pas absolument grave en ce qu'il ne menace pas la vie des malades, il constitue une maladie relativement sérieuse par sa ténacité, par sa marche constamment progressive, par les difformités qu'elle produit. Elle l'est d'autant plus, qu'elle dure depuis plus long-temps; qu'elle est compliquée de lésions secondaires plus étendues, plus profondes.

Enfin, parvenue à un certain degré, elle est complétement incurable.

Traitement. Au début, quand l'éléphantiasis est caractérisé seulement par une poussée érysipélateuse ou par une angioleucite, le traitement doit consister surtout dans l'emploi de moyens antiphlogistiques. C'est alors que l'on a recours aux saignées générales ou locales; à l'application de sangsues, dans le voisinage immédiat du point affecté, plutôt que sur le point lui-même. Les applications répétées de cataplasmes, les frictions et les lotions émollientes sont aussi utiles à cette période.

Mais il est rare que la médecine soit appelée quand la maladie en est seulement aux symptômes d'invasion. Le plus souvent, ou ceux-ci ont été méconnus, ou le mal existe depuis un certain temps déjà quand on songe à le combattre. C'est à la période hypertrophique que le praticien a le plus souvent affaire.

Le traitement antiphlogistique est alors ou insuffisant ou inutile. Toutefois, il faut se souvenir qu'il est encore indiqué, lorsque, à l'état chronique, il se manifeste des accidens de poussée aiguë; il faut alors en calculer l'énergie selon que l'inflammation est plus ou moins profonde, étendue, intense. Ainsi on a obtenu de bons résultats de l'application répétée des ventouses, des sangsues, des émolliens.

Quand l'hypertrophie est à la période chronique, c'est à d'autres moyens qu'il faut avoir recours. On a employé les pommades résolutives de toute sorte, surtout les préparations d'*iode*. Ainsi on a essayé une pommade à l'*iodure de potassium*, à la dose de 2 à 4 grammes pour 20 à 30 grammes d'axonge. Ce topique a l'inconvénient de déterminer de l'irritation, quelquefois même une inflammation assez vive pour en faire suspendre l'emploi. Mais, de toutes les frictions résolutives, celles qui ont le mieux réussi, sont les frictions avec l'onguent mercuriel. Cependant l'observation a démontré que, seules, elles étaient insuffisantes pour modifier l'éléphantiasis hypertrophique; qu'elles étaient, au contraire, très-utiles comme auxiliaires du traitement que nous allons indiquer.

On a vanté l'emploi réitéré des vésicatoires ou des cautères; mais ils semblent avoir complétement échoué dans la plupart des cas. Biett obtenait de bons effets des ventouses scarifiées.

Voici le traitement dont l'expérience a le mieux constaté l'efficacité :

A l'intérieur on administre, selon l'indication, des laxatifs répétés ou des purgatifs. On conseille l'iodure de potassium en solution graduée de manière à être continuée le plus long-temps possible.

Localement, on pratique la compression méthodique du point malade. Elle a lieu par l'enroulement d'une bande, large de deux à trois doigts et serrée médiocrement. Elle doit être autant que possible permanente. On en favorise les bons effets par l'emploi de frictions résolutives, par l'administration de douches de vapeurs, deux ou trois fois la semaine. Ce traitement doit être d'ailleurs continué avec une grande persévérance; car ce n'est qu'à la longue que l'on peut espérer obtenir une modification sensible.

Quand l'éléphantiasis est fixé à certains siéges, il peut être très difficile, sinon impossible de pratiquer la compression. J'en ai vu un exemple chez une jeune fille, qui était dans mes salles, atteinte d'un éléphantiasis de la partie postérieure du cuir chevelu. Malgré toute l'habileté de M. Charrière, il nous a été impossible de combiner un appareil qui pût opérer une compression méthodique. Aussi tous les autres moyens ont-ils échoué, bien que la maladie fût peu ancienne et peu intense.

Les complications qu'il n'est pas rare de voir survenir pendant le cours et sur le siége même de l'éléphantiasis, seront combattues à l'aide de moyens appropriés.

On a proposé l'amputation comme un moyen suprême contre l'éléphantiasis des Arabes. Mais, outre que les cas où un remède aussi désespéré serait applicable, sont heureusement rares, il résulte de certains faits observés que cette opération, dangereuse par elle-même, serait inutile, par la tendance qu'aurait la maladie à se reproduire sur d'autres points. J'ai vu plusieurs exemples de cette récidive succédant à l'ablation d'un membre affecté, et bien qu'il n'en faille pas conclure à l'existence absolue de ce péril, cependant ils sont de nature à faire rejeter l'amputation, même dans les cas les plus invétérés et les plus effrayans.

Observation. — *Eléphantiasis des Arabes.* — Elisabeth B..., passementière, âgée de quarante-deux ans, d'une constitution lymphatique, vaccinée, mariée depuis vingt-deux ans, sans enfans, entra dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, le 1er août 1841, pour un éléphantiasis des Arabes, affectant la totalité du membre inférieur droit.

Son père et sa mère, encore vivans, avaient toujours joui d'une bonne santé, ainsi que ses deux frères. Le pays qu'elle habite, bien qu'il y ait quelques marais, du reste peu considérables, n'avait jamais été, qu'elle sût, ravagé par des fièvres ou autres épidémies; son habitation était saine et bien aérée. Elle avait commencé à être réglée à dix-sept ans, et depuis elle l'avait toujours été régulièrement, et même abondamment (huit à dix jours). Elle aurait eu *deux*

fois la rougeole : une première fois à l'âge de sept ans, et une deuxième fois à neuf ans. Dans tous les cas, ces deux affections suivirent régulièrement leur marche ordinaire.

A dix-huit ans elle fut atteinte d'une troisième maladie qui paraît avoir été une fièvre typhoïde qui l'a retenue deux mois au lit, et à la suite de laquelle elle fut plus d'un an à se rétablir entièrement.

Elle n'aurait plus rien éprouvé de remarquable jusqu'au commencement de 1833, époque où elle s'aperçut pour la première fois d'un gonflement de la jambe droite. Ce gonflement avait d'ailleurs débuté d'une manière insensible, sans aucune douleur, sans prodromes remarquables, et la malade ne s'en aperçut que par la gêne que vinrent lui causer ses bas et sa chaussure ordinaires, devenus trop étroits.

Interrogée avec insistance pour savoir si elle avait eu quelque érysipèle, s'il y avait eu quelque cause de gêne, d'arrêt dans la circulation veineuse, comme prodromes ou coïncidences de la maladie actuelle, jamais, dit-elle, elle n'avait rien éprouvé de semblable à tout ce qui lui était successivement exposé. Toutefois, pendant l'hiver de 1831, elle se trouva placée dans son atelier de telle sorte que la jambe actuellement malade était presque constamment exposée à un courant d'air très-froid ; et ce serait là, suivant elle, la cause de son mal. Quoi qu'il en soit, ce ne fut que plus d'un an après que le volume de cette jambe attira son attention, et comme il était encore peu considérable et surtout indolent, elle s'en inquiéta médiocrement et continua son travail.

Les progrès du mal eurent lieu d'une manière très-lente jusqu'en 1840 ; alors, à son dire, sa jambe avait acquis à peu près le volume qu'elle nous a présenté. Au mois de décembre de la même année, toute cette jambe fut successivement envahie par un *érysipèle ambulant* qui dura près de deux mois, et qui fut suivi d'une desquamation abondante. (Sa jambe a pelé, dit-elle.)

En février 1841 survint un *deuxième érysipèle* qui suivit la même marche que le premier. Elle vint à Paris à la fin de juillet 1841, et entra à Saint-Louis le 1er août. Son membre inférieur droit présentait l'état suivant :

Mensuration du 8 *août* 1841.

	A droite.	A gauche.		A droite.	A gauche.
Pli de l'aine.	0,595	0,500	Milieu des mollets. . . .	0,460	0,310
Milieu de la cuisse. . . .	0,595	0,460	Au-dessus des malléoles .	0,310	0,200
Au-dessus du genou . . .	0,465	0,375	Sur les malléoles.	0,350	0,230
Sur le genou	0,460	0,350	Milieu du pied.	0,300	0,220
Au-dessous du genou . .	0,400	0,290	Racine des orteils	0,250	0,225

L'aspect général du membre justifiait complétement le nom de jambe d'éléphant. Toutes les saillies et les dépressions extérieures formées dans l'état ordinaire par les os, les muscles et les tendons, avaient presque complétement disparu sous l'énorme hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. La jambe et la cuisse, confondues ensemble, ressemblaient à une colonne charnue, lourde, informe, un peu arquée à la partie moyenne. Deux sillons, formés chacun par un repli épais et tombant de la peau, indiquaient seuls le niveau des articulations coxo-fémorale et tibio-tarsienne; la saillie de la rotule et celle des condyles n'existaient plus.

Le talon et la plante du pied avaient été respectés ; mais, au contraire, les tégumens du coude-pied étaient très gonflés, et les bords interne et externe de la région tarso-métatarsienne étaient changés en deux gros bourrelets charnus, retombant vers le sol. Au devant de l'articulation tibio-tarsienne existait aussi un autre gros repli tégumentaire recouvrant une partie du dos du pied, et changeant en un sillon de 5 centimètres de profondeur le léger pli articulaire de l'état normal.

La peau, d'une blancheur un peu mate, était presque partout intacte et très saine. Le palper, pratiqué successivement de haut en bas et de bas en haut avec le plus grand soin sur toute l'étendue du membre, ne faisait découvrir aucune tumeur, aucune induration, aucune trace de corde noueuse, de ganglions engorgés ou indurés, en un mot, aucun vestige d'une dégénérescence quelconque. Partout la main éprouvait une sensation bien marquée de dureté et de rénitence. Sur le devant du genou, la rénitence était plus sensible que partout ailleurs; elle s'y trouvait unie à une certaine mollesse; on aurait cru presser une demi-sphère de caoutchouc à parois épaisses. La rotule était difficilement sentie. Sur la face interne du tibia, la peau, fortement distendue, donnait à la main, légèrement promenée sur la surface, une sensation d'aspérités fixes et imbriquées les unes sur les autres, comme si des lamelles épidermiques s'étaient soulevées par un de leurs bords et rapprochées à la manière des dents d'une carde très-fine. Cette particularité n'existait qu'en ce seul point. Le poids du membre était considérablement augmenté.

D'ailleurs, point de douleur; la sensibilité y était au contraire diminuée d'une manière notable. La malade y accusait une sensation de froid assez considérable. Depuis quelque temps, disait-elle, rien ne pouvait la réchauffer ; elle y sentait à peine des fers chauds que la jambe saine ne pouvait supporter. Il existait en outre une gêne et une roideur assez marquée dans les articulations, surtout dans celle du genou.

Elisabeth B... était grande, bien constituée; toutes ses fonctions se faisaient bien, la santé générale ne paraissait altérée sous aucun rapport.

Les règles ayant paru le lendemain de son entrée, et ayant duré huit jours, le traitement ne fut commencé que le 9 août.

9 août. Je soumis la malade à l'usage d'une forte décoction de gaïac, à laquelle je fis ajouter 1 gramme de *daphné mesereum* à la fin de l'ébullition. Je prescrivis des douches de vapeur, des frictions tous les deux jours avec une pommade d'iodure de potassium, trois quarts d'aliment et du vin. Je fis établir une compression permanente, au moyen d'un bandage roulé, depuis la racine des orteils jusqu'au pli de l'aine; cette compression n'était levée que tous les deux jours pour la douche et la friction. Repos absolu au lit.

Mensuration du 24 août.

	A droite.	A gauche.		A droite.	A gauche.
Pli de l'aine.	0,540	0,500	Milieu des mollets. . . .	0,390	0,310
Milieu de la cuisse. . . .	0,505	0,460	Au-dessus des malléoles .	0,270	0,200
Au-dessus du genou. . .	0,410	0,375	Sur les malléoles.	0,290	0,230
Sur le genou	0,395	0,350	Milieu du pied	0,250	0,220
Au-dessous du genou. . .	0,385	0,290	Racine des orteils	0,230	0,225

Comme on le voit, sous l'influence du traitement l'amélioration a été considérable. Le membre a notablement diminué de volume; sa forme naturelle se dessine maintenant partout, quoique sous des proportions encore exagérées; le gros repli si remarquable de la région tibio-tarsienne a complétement disparu. — Même traitement:

Mensuration du 22 septembre.

	A droite.	A gauche.		A droite.	A gauche.
Pli de l'aine.	0,530	0,500	Milieu des mollets. . . .	0,350	0,310
Milieu de la cuisse. . . .	0,480	0,460	Au-dessus des malléoles .	0,250	0,200
Au-dessus du genou . . .	0,400	0,375	Sur les malléoles.	0,290	0,230
Sur le genou	0,380	0,350	Milieu du pied.	0,240	0,220
Au-dessous du genou . .	0,360	0,290	Racine des orteils	0,230	0,225

L'amélioration continue d'une manière évidente. A l'entrée, la différence moyenne en volume était de 0,109; actuellement cette même différence n'est plus que de 0,041; c'est une diminution d'un peu plus de la moitié de la différence primitive déjà obtenue. On continue le traitement:

Du 15 octobre.

	A droite.	A gauche.		A droite.	A gauche.
Pli de l'aine.	0,525	0,506	Milieu des mollets	0,340	0,290
Milieu de la cuisse. . . .	0,470	0,450	Au-dessus des malléoles .	0,230	0,180
Au-dessus du genou . . .	0,395	0,370	Sur les malléoles.	0,265	0,230
Sur le genou	0,370	0,345	Milieu du pied.	0,240	0,220
Au-dessous du genou. . .	0,350	0,285	Racine des orteils	0,225	0,225

L'amélioration continue, quoique d'une manière moins tranchée que dans les premiers temps; le membre gauche a en outre un peu maigri.

Le traitement est continué sans interruption jusqu'au 27 novembre, où la malade sort, on peut dire, presque complétement guérie. La légère hypertrophie qui persiste encore sur le dos du pied, au niveau des malléoles, et sur le genou, disparaîtra sans nul doute par la compression, à l'aide d'un bas et d'un cuissard lacés, que la malade devra continuellement porter. Voici, du reste, l'état comparatif du membre le jour de la sortie:

Mensuration du 27 novembre 1841.

	A droite.	A gauche.		A droite.	A gauche.
Pli de l'aine.	0,505	0,500	Au-dessus des malléoles .	0,205	0,180
Milieu de la cuisse. . . .	0,460	0,455	Sur les malléoles	0,250	0,250
Au-dessus du genou. . .	0,370	0,370	Sous les malléoles	0,220	0,200
Sur le genou.	0,360	0,345	Milieu du pied.	0,230	0,220
Au-dessous du genou . .	0,300	0,285	Racine des orteils	0,225	0,225
Milieu des mollets. . . .	0,310	0,290			

Comme on le voit, la différence mérite à peine d'être notée.

La malade promet d'insister long-temps encore sur le traitement, ou au moins sur l'usage de la compression.

MOLLUSCUM.

Mycosis fongoïde d'Alibert.

Définition. On a donné le nom de *molluscum* à une maladie caractérisée par des tumeurs plus ou moins considérables, qui avaient été appelées ainsi à cause de leur ressemblance avec certaines excroissances nuciformes qui se dé-

veloppent sur l'écorce de l'érable. Mais cette affection, peu connue d'ailleurs et très-incomplétement définie, comprenait des élémens morbides qui n'avaient entre eux que des analogies de forme. Ainsi, Bateman, qui avait introduit ce genre dans sa classification, avait admis deux espèces bien différentes quant à leur nature, puisque l'une était contagieuse et que l'autre ne l'était pas. L'observation avait en outre permis de préciser plus nettement la séparation entre ces deux variétés, en établissant que dans la première les tumeurs contenaient un liquide athéromateux que l'on ne rencontrait pas dans la seconde. Nous avons rappelé les faits qui, en donnant à cette circonstance sa véritable signification, nous ont conduit à rattacher le *molluscum athéromateux* ou *non contagieux* au genre Acné, dont il est une variété (*acne sebacea*): nous n'y reviendrons pas ici.

Après ce démembrement, il ne restait au type molluscum que quelques traits qui pouvaient paraître trop peu importans pour mériter une description à part. Cependant il est vrai de dire que le molluscum athéromateux ou sébacé n'était pas toute la maladie décrite par Bateman. Ainsi, il y a bien évidemment des faits d'hypertrophie de la peau, sous forme de petites tumeurs molluscíformes, qui ne contiennent point de matière sébacée, qui ne sont pas des affections folliculeuses, et qui ne sauraient être rattachées à aucun type connu des maladies cutanées. Aussi, bien que les caractères de cette éruption ne soient pas complétement définis, bien qu'elle soit très-rare, avons-nous cru devoir la conserver comme une espèce à part, ayant sa place marquée dans les hypertrophies essentielles de la peau.

A ce titre, le molluscum est une maladie de la peau, caractérisée par des tumeurs plus ou moins nombreuses, ordinairement petites, quelquefois de la grosseur d'une noisette, rarement plus, saillantes, ou, au contraire, aplaties, irrégulières, à base ou tuberculeuse ou pédonculée, rouges dans quelques cas, le plus souvent de la couleur de la peau, ayant toujours une marche chronique, se terminant exceptionnellement par suppuration.

Symptômes. Le molluscum se manifeste sans symptômes généraux appréciables. Il existe quelquefois depuis un certain temps, quand le malade s'en aperçoit. Il débute, sur des surfaces plus ou moins étendues, par des tumeurs, petites d'abord, aplaties, indolentes, et de la couleur de la peau. Elles sont de forme variable, et consistent de prime abord dans des hypertrophies de la peau tout entière. Ces tumeurs se développent et augmentent très-lentement; mais à mesure qu'elles s'étendent, leur forme se dessine de plus en plus : les unes ont une large base comme celles des indurations tuberculeuses; les autres, au contraire, sont sessiles, pédonculées, molles, assez semblables à des verrues. Dans quelques cas, ces hypertrophies deviennent rouges, violacées ou même brunâtres : mais, le plus souvent, elles conservent la couleur de la peau. Si on les presse, on n'en fait sortir aucun liquide; on ne détermine aucune douleur. Elle sont formées d'un tissu dense, fibreux, et c'est là un caractère essentiel qui les sépare complétement de celles de l'acné molluscum. Nous avons recueilli un certain nombre de faits de molluscum, un entre autres dans les salles de Biett, chez un individu qui était affecté de *prurigo senilis*, et chez lequel se développa une éruption de molluscum presque générale, consistant en une infinité de tumeurs dont la grosseur variait entre le diamètre d'un pois et celui d'une petite aveline.

Dans quelques cas rares, les hypertrophies du molluscum deviennent le siége d'une inflammation consécutive; leur centre se ramollit, suppure et se convertit en un ulcère chronique qui persiste très-long-temps.

Causes. On ne sait rien de positif sur l'étiologie du molluscum. Alibert lui avait assigné une nature cancéreuse. Bontius lui donnait pour cause principale l'influence de certains climats, de la misère, de la mauvaise nourriture. Il semblerait affecter également les deux sexes; mais il se développe de préférence dans la vieillesse.

Diagnostic. Les tumeurs du molluscum trouvent dans leur forme, le plus souvent pédonculée, leur couleur, leur marche chronique, leur consistance, des caractères particuliers qui le séparent suffisamment des maladies tuberculeuses avec lesquelles on pourrait le confondre.

Siége et nature. Le molluscum se développe surtout à la face, au cou, à la partie supérieure et postérieure du tronc; bien qu'on puisse le rencontrer sur tous les points de la surface du corps.

Quant au siége anatomo-physiologique et à la nature du molluscum, le peu de faits observés jusqu'à présent ne nous permettent aucune hypothèse probable: c'est donc un point à réserver.

Pronostic. Le molluscum n'a aucune gravité générale ou locale. Il se développe, se continue, et persiste quelquefois indéfiniment sans influence sur la santé. Ce n'est même qu'exceptionellement qu'il devient le siége d'une irritation notable, et de nature à entraîner des désordres locaux un peu sérieux.

Traitement. On conçoit que le traitement de cette maladie doive se ressentir de l'incertitude qui entoure son histoire. De tous les moyens essayés contre le molluscum, ceux qui nous ont paru avoir le plus d'efficacité, sont les

(1) Voir acné : *Acne sebacea molluscum.*

lotions stimulantes ou styptiques. A ce titre, Biett a employé avec succès les lotions répétées avec un soluté de sulfate de cuivre.

A l'intérieur, j'ai conseillé l'iodure de potassium et les préparations arsenicales, mais sans résultats bien marqués.

FRAMBŒSIA.

Pian; Yaws-Mycosis, d'Alibert.

Définition. Batemann a donné le nom de *frambœsia* à une maladie peu connue en Europe où elle est très-rare, fréquente, au contraire, en Amérique où elle a reçu le nom de *pian*, et qui paraît être indiquée dans l'Afrique centrale, sous le nom de *yaws*. Cette dénomination a été inspirée par la forme des hypertrophies qui caractérisent cette affection et qui, à un certain état, ressemblent assez exactement à des framboises.

Le frambœsia a été, sous ces divers noms, étudié par un assez grand nombre d'auteurs, et entre autres, par Hillary, Bancroft, Winterboltom, Schilling, Ludford, Hom, Moseley, Adams, etc. Mais cette maladie curieuse n'est guère connue en France que par les descriptions des observateurs. Nous n'en avons observé, pour notre part, qu'un très-petit nombre de cas, un entre autres très-complet, dans le service de Biett, à l'hôpital St-Louis.

Le frambœsia est une hypertrophie de la peau, caractérisée par des tumeurs de volume variable, ordinairement agglomérées et réunies à leur base, séparées et isolées à leur sommet qui est formé d'une foule de petites végétations distinctes, rouges, qui les font ressembler à des framboises ou à des mûres. Ces tumeurs peuvent s'ulcérer; elles ont une marche essentiellement chronique.

Symptômes. Le développement du frambœsia est quelquefois annoncé par un peu de malaise et quelques douleurs lombaires; le plus souvent il n'est précédé d'aucuns symptômes généraux appréciables. Quoi qu'il en soit, la maladie débute par un point rouge, à peine grand d'abord comme une piqûre de puce. Cette tache est tout d'abord le siége d'un gonflement de la peau qui devient de plus en plus manifeste, et forme bientôt une espèce de papule, que recouvre une exfoliation épidermique légère.

Il existe ordinairement un certain nombre de ces points à la fois, et tous suivant la même marche tendent, par suite de ce développement continu, à se réunir et à se confondre. Ils forment, à leur sommet, une surface plus ou moins étendue, quelquefois très-large, qui semble formée d'une foule de petites végétations partielles, saillantes, isolées à leur partie libre, ce qui, joint à leur coloration d'un rouge blafard, les fait ressembler à des framboises et à des mûres, surtout quand ils sont peu étendus. Le plus souvent les surfaces acquièrent un développement considérable et forment une sorte de masse végétante où la peau est bien évidemment hypertrophiée dans toute son étendue. Ce phénomène semble s'étendre aux parties qui avoisinent le frambœsia: sur ces points la peau est dure, résistante, comme calleuse.

Le frambœsia peut persister à cet état pendant un temps infini. Le plus souvent, la maladie se complique de phénomènes nouveaux, dont quelques-uns impliquent un certain caractère de gravité. Les surfaces se recouvrent de squames minces, sèches, adhérentes, qui tombent et se renouvellent lentement. Dans quelques cas, ces végétations chroniques semblent devenir le siége d'une inflammation plus vive : elles s'ulcèrent à leur sommet, quelquefois dans une grande étendue. Ces ulcérations sont généralement molles, fongueuses; elles laissent écouler un liquide sanieux, jaunâtre, qui, en se concentrant, forme des croûtes dures, épaisses, persistantes, dont l'existence peut faire croire à une toute autre maladie.

Quelquefois une de ces masses hypertrophiées acquiert un volume beaucoup plus considérable que celui des autres et donne lieu à la formation d'un vaste ulcère. Cette tumeur dominante a reçu, dans les colonies, le nom de *mamma-pian* ou *mère des pians*.

Le frambœsia a une durée variable. Ainsi, chez les enfans il persiste pendant six ou neuf mois environ: chez les adultes, au contraire, il peut se prolonger indéfiniment. Quand il guérit, c'est à la condition de laisser des cicatrices indélébiles.

Causes. Le frambœsia paraît être essentiellement contagieux. Il se communique directement par le contact du liquide que sécrètent les végétations ulcérées. On aurait observé dans les pays d'origine, que cette maladie pouvait être transmise par l'intermédiaire d'insectes qui se seraient reposés sur les surfaces sécrétantes. On aurait remarqué aussi que le même individu n'en était atteint qu'une fois dans sa vie.

Commun à tous les âges, le frambœsia semblerait cependant affecter de préférence les jeunes enfans : on l'a observé également chez les deux sexes.

Le développement de cette affection semble influencé tout particulièrement par des causes individuelles ou locales. Ainsi, elle frapperait surtout les personnes qui vivent dans la misère ou la malpropreté; le séjour dans des habitations

malsaines, l'habitude de certaines onctions grasses la rendrait très-fréquente chez les nègres. On l'observerait aussi chez des individus affaiblis par les privations, la maladie ou la vieillesse, chez les jeunes sujets d'un tempérament mou, blanc, scrofuleux. Enfin, elle paraîtrait très-évidemment dépendre de certaines conditions atmosphériques ou climatériques. On l'observerait principalement dans les pays où, à la chaleur excessive du jour, succède la fraîcheur, souvent très-grande des nuits.

Diagnostic. Quelques auteurs, et entre autres, MM. Rochoux et Levacher, ont considéré le frambœsia comme une affection syphilitique. Cette hypothèse semble fondée sur la nature contagieuse de la maladie et sur son caractère ulcéreux. Sans doute ce sont là des analogies de symptôme dont il faut tenir compte; mais elles ne suffisent pas pour contredire l'opinion de Bateman, d'Adams, de Winterboltom, qui en ont fait une maladie *sui generis*, devant constituer un type à part dans la pathologie cutanée.

Cette maladie ne saurait être confondue avec rien, si ce n'est peut-être avec la syphilide tuberculeuse. Mais elle s'en sépare par des masses hypertrophiées, presque toutes agglomérées, fongueuses, qui n'offrent aucune ressemblance avec les tubercules isolés, lisses, cuivrés de la syphilis; elle s'en sépare encore par cette circonstance qu'elle est presque exclusivement particulière aux nègres; qu'elle n'attaque qu'une fois le même individu.

Siége et nature. Le frambœsia peut se développer sur tous les points de la surface du corps. Cependant il affecte de préférence certains siéges: ainsi, la face, le cuir chevelu, les aisselles, les aines, la marge de l'anus et les organes génitaux.

Au point de vue anatomo-pathologique, cette maladie semble affecter la peau tout entière; mais elle intéresserait particulièrement les tissus fibreux. Quant à sa nature, le peu de faits observés ne justifient aucune opinion sérieuse.

Pronostic. Tous les auteurs s'accordent à dire que cette maladie n'a pas, en général, de gravité absolue. Elle offre cela de particulier qu'elle serait plus légère chez les blancs que chez les nègres, chez les femmes que chez les hommes, chez les enfans ou les adultes que chez les vieillards. Localement, elle peut présenter un certain caractère sérieux par sa ténacité, par les cicatrices qu'elle détermine.

Dans quelques cas, qui paraissent rares d'ailleurs, le frambœsia pourrait acquérir une gravité réelle. Ainsi, on l'aurait vu affecter les tissus osseux, déterminer des caries profondes et, par des complications successives, amener des perturbations organiques et même la mort.

Traitement. Dans les pays où le frambœsia est endémique, on conseille empiriquement les sudorifiques à haute dose, et l'on en aurait obtenu de bons résultats, ainsi que de l'emploi des purgatifs. Quelques observateurs ont vanté presque spécialement l'efficacité des préparations mercurielles contre le frambœsia. Mais on a objecté l'insuccès de cette médication dans un grand nombre de cas, et on a conclu de cette différence de résultat, que les faits où le mercure avait réussi, devaient être reportés au type syphilitique méconnu.

D'après les exemples qu'il nous a été donné de recueillir, nous croyons qu'il faut, au point de vue du traitement interne, s'en tenir, au moins dans nos climats, à des amers, aidés d'un régime tonique.

C'est surtout aux moyens topiques qu'il faut avoir recours dans le traitement du frambœsia. Pour obtenir ou faciliter la résolution des points hypertrophiés, on conseillera des frictions de pommade au protoiodure ou au deutoiodure de mercure. S'il devient nécessaire d'employer des moyens plus énergiques, de cautériser les surfaces ulcérées, on s'adressera à des caustiques dont l'efficacité a été reconnue dans ce cas, à la *pâte arsenicale du frère Côme* et au *nitrate acide de mercure*, en ayant soin, attendu l'énergie de ces caustiques, de ne les appliquer à la fois, que sur des surfaces très peu étendues.

Ces moyens seront aidés puissamment par l'emploi des bains et surtout des douches de vapeur.

Tel est le traitement que nous avons eu occasion de conseiller contre le frambœsia. Parmi les moyens qu'il pourrait être encore utile d'employer, nous devons signaler, à l'intérieur, les préparations arsenicales ou le sous-carbonate d'ammoniaque qui influent si efficacement sur le mode de vitalité de la peau; à l'extérieur, le bi-iodure de mercure employé, comme nous le verrons plus tard, contre le *lupus*.

VERRUES.

Synonymie : *Porreaux*.

Définition et Symptômes. Les verrues constituent, moins une maladie qu'une difformité de la peau. Ce sont de petites hypertrophies cutanées, caractérisées par des éminences d'une à deux lignes de saillie, de la couleur de la peau, rudes, raboteuses, insensibles. Elles forment quelquefois des espèces de traînées verruqueuses comme résistantes.

Causes. Les verrues sont très souvent congéniales. Accidentelles, elles se développent à tout âge, mais surtout pendant la jeunesse. Leur apparition semble favorisée par l'habitude de manier des corps durs. On a dit qu'elles étaient contagieuses; mais cette opinion, défendue surtout par MM. Barruel et Cruvelhier, ne paraît pas démontrée.

Diagnostic, Siége, Pronostic. Les verrues ou porreaux ont des caractères qui ne permettent de les confondre avec aucune autre affection. Elles peuvent se présenter sur tous les points; mais elles sont surtout fréquentes au visage, au cou, aux mains. Elles n'ont, par elles-mêmes, aucune espèce de gravité.

Traitement. Les verrues disparaissent quelquefois spontanément. Dans la plupart des cas, elles exigent un traitement tout chirurgical. On les détruit par la ligature, par l'excision ou par les caustiques.

On opère la ligature en liant les verrues à leur base avec un fil de soie que l'on laisse jusqu'à ce que la petite tumeur se flétrisse, se dessèche et tombe. Il faut embrasser la base de la verrue le plus près possible de la peau.

L'excision se pratique le plus communément avec des ciseaux courbes sur leur plat : elle doit comprendre une portion du derme. Il faut ordinairement, pour prévenir le retour de la tumeur, cautériser le point excisé; on se sert souvent alors du nitrate d'argent.

Enfin, les verrues peuvent être traitées par les caustiques. On en a vanté de toute sorte, et de préférence on a préconisé les acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique. On touche tous les deux ou trois jours chaque verrue avec un petit morceau de bois aiguisé et imbibé du liquide.

J'emploie exclusivement et avec succès l'acide acétique pur.

NÆVI VASCULAIRES.

Taches veineuses; Nævi flammei; Ecchymome d'Alibert; *Tumeurs érectiles; Tumeurs fongueuses sanguines, etc.*

Les nævi vasculaires se présentent de deux façons bien distinctes, ou de niveau avec la surface de la peau, sous la forme de taches; ou saillans, sous la forme de petites tumeurs. Ils sont congénitaux, ou ils apparaissent dans les premiers jours de la vie.

D'une forme tout à fait irrégulière, les taches, dites de vin, se montrent sur tous les points de la surface du corps, mais de préférence au cou, au visage et sur les membres. Elles sont tout à fait superficielles, et leur coloration, excessivement variable, a servi de prétexte aux comparaisons sans nombre que l'on a été tenté de faire à propos de leur origine. Elles sont quelquefois très étendues.

Leur coloration rougeâtre, qui disparaît, ou au moins en partie, sous la pression des doigts, semble augmenter ou diminuer d'intensité sous l'influence d'un grand nombre de causes qui augmentent ou diminuent aussi la circulation capillaire.

Elles restent ordinairement dans le même état toute la vie. J'ai vu cependant deux cas curieux, dont un, dont je rapporterai plus loin l'histoire détaillée, sous le nom de *mélanose de la peau,* dans laquelle des tumeurs saillantes, nombreuses, etc., ont succédé à des taches.

Les nævi vasculaires saillans se montrent sous la forme de petites tumeurs, quelquefois rosées, rougeâtres, d'autres fois plus foncées, tout à fait noires (1).

On les a rapportés à trois *types principaux:* le nævus saillant capillaire, artériel, veineux.

Ce n'est pas le lieu d'entrer ici dans les détails que comporte l'étude complète de ces tumeurs, j'ajouterai seulement que les nævi vasculaires non saillans, les taches sanguines, sont un objet d'étude curieux plutôt qu'important; que les nævi saillans, tumeurs sanguines, au contraire, ont fixé très sérieusement l'attention des chirurgiens.

Cette différence d'importance se retrouve surtout à propos de la thérapeutique; ainsi, pour les taches, on a proposé l'application de vésicatoires sur la tache même, les frictions irritantes, les caustiques, la vaccination. Le plus ordinairement il vaut mieux n'y rien faire.

Il n'en est pas de même des nævi saillans, des tumeurs sanguines, etc. On a proposé, pour les détruire, la compression, la ligature du tronc artériel, la cautérisation, l'excision, l'acupuncture, etc.

En général, surtout quand la tumeur est encore d'un petit volume, chez les enfans, par exemple, on la détruit avec succès à l'aide de l'application de la pâte de Vienne.

(1) Ils ont été l'objet, surtout dans les derniers temps, de travaux très importans qui ont beaucoup éclairci leur histoire, au point de vue anatomo-pathologique. On peut consulter à ce sujet une Thèse remarquable de M. Laboulbène (Thèse sur les *Nævi* en général, etc. Paris, 1854).



QUATRIÈME GROUPE.

DÉGÉNÉRESCENCES.

TENDANCE A DÉTRUIRE LES PARTIES AFFECTÉES.



Ce *groupe* renferme les maladies les plus graves qui appartiennent à la pathologie cutanée. Ce ne sont plus seulement des états congestionnels, phlegmasiques, des lésions de sécrétion, etc. Ici il y a tout d'abord altération organique, dégénérescence du tissu dans le point affecté, et, quelle que soit la lenteur de la marche de la maladie, tendance fatale à la destruction du tissu dégénéré.

Ce caractère est, d'ailleurs, si complétement inhérent aux maladies de ce groupe, qu'alors même qu'elles peuvent être arrêtées dans leurs progrès, modifiées, guéries même, sans être arrivées à l'ulcération, qui semble en être le terme nécessaire, elles ne guérissent, pour la plupart, qu'à la condition de laisser des cicatrices indélébiles. Il semble que le résultat le plus favorable que l'on puisse obtenir, c'est un travail en vertu duquel il y a absorption, résorption du tissu dégénéré.

Réunies par des caractères communs, la dégénérescence et la tendance à la destruction complète du tissu affecté, les maladies de ce groupe se rapprochent encore par la lenteur de leur marche, l'indolence de leurs progrès.

Ainsi, elles durent des années sans envahissement bien sensible, une partie de la vie sans amener de trouble profond dans l'économie générale.

Ce n'est que par exception que, dans quelques cas, plus rarement d'emblée, le plus souvent après avoir, pendant longtemps déjà, suivi une marche lente, elles font des progrès affreux et rapides.

Mais, si analogues qu'elles soient au point de vue d'un classement anatomo-pathologique, elles présentent des différences extrêmes dans leur étiologie, dans leur nature.

Les unes, pour ainsi dire, idiopathiques, même locales, semblent se développer sous l'influence d'une cause accidentelle, favorisée ou non par un tempérament particulier.

D'autres, expression grave de la santé générale, semblent dépendre d'un état constitutionnel qui se traduit par des altérations particulières du tissu.

D'autres enfin, en dehors de toute idée de vice constitutionnel, de diathèse, se développent sous des influences accidentelles, mais ont besoin de conditions climatériques particulières.

Quant à la symptomatologie, les traits distinctifs sont plus nombreux : tantôt c'est un mal limité à un point peu étendu ; tantôt c'est une affection qui occupe une grande surface. Ici, la maladie se traduit par une manifestation unique ; là, elle se présente sur plusieurs points plus ou moins éloignés, quoique très étendus ; dans quelques cas, elle occasionne à peine quelque douleur ; dans d'autres, elle est très douloureuse et très pénible, malgré la petite surface qu'elle occupe.

Telle forme semble tout à fait locale, limitée à un point très restreint de la peau, et n'influence en aucune façon le reste de l'économie ; telle autre occupe évidemment tout le système.

Enfin, si les méthodes de traitement doivent nécessairement varier quand il s'agit de combattre des maux de nature si différente, leur indication principale domine cependant la thérapeutique pour chacune d'elles, celle d'arrêter cette tendance fatale à la destruction des points affectés.

Les maladies qui appartiennent à cet ordre, sont : la *kéloïde*, le *bouton d'Alep*, l'*éléphantiasis des Grecs*, le *lupus* et le *cancer*.

ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS.

SYNONYMIE : *Tsarath* des Hébreux ; *Lepra Arabum, Elephantiasis, Leontiasis, Satyriasis ; Lepra tuberculosa ; Elephantiasis tuberculata et anaisthetos ; Lèpre tuberculeuse : Lèpre léontine ; Lèpre éléphantiasis ; Mal rouge* de Cayenne ; *Morphée* du Brésil ; *Ravzas ; Rohak* et *Assad* des Arabes ; *Juzam ; Radezyge* de la Norvége ; *Sibbens* d'Écosse ; *Spedasked* du Nord ; *Skyrbjugar* de l'Islande ; *Carin, hustan et kusthlka* de l'Hindoustan ; *Ma-fung* des Chinois.

HISTORIQUE et DÉFINITION. La plus grave des maladies de la peau, le plus terrible peut-être des maux qui affligent l'humanité, l'*éléphantiasis,* caractérisé par un trouble profond de l'innervation, se traduit par l'apparition à la peau de taches fauves ou purpurines, avec lésion partielle d'abord, de la sensibilité, lésion en trop quelquefois, en moins le plus souvent. Ces taches sont suivies de tumeurs saillantes, irrégulières, et enfin, se terminent par des ulcérations, le plus ordinairement, mais ne sont pas indispensablement précédées de tubercules.

Cette maladie dont les traces remontent aux traditions les plus anciennes, décrite dans tous les temps, sous des dénominations diverses, suivant que les observateurs étaient plus frappés de la prédominance de tel ou tel symptôme, et souvent confondue avec tout ce qui se présentait avec son apparence de gravité, est arrivée jusqu'à nous sous les deux dénominations principales de *lèpre* et d'*éléphantiasis.*

L'existence de la *lèpre tuberculeuse* se montre dans le passé aussi loin que les monumens historiques peuvent conduire dans les traditions des contrées de l'Asie et de l'Afrique.

La dénomination la plus ancienne est celle de *tsarath* (mal terrible), que lui applique Moïse. Mais le législateur des Hébreux en reconnaît deux espèces bien différentes par leur nature, par leur gravité. Ici se présente une première obscurité.

Dans la relation des Grecs, on trouve les mots *alphos* et *leucé* (ἀλφὸς, λεύκη). Est-ce la même maladie, ou le *leucé* diffère-t-il de leur lèpre (squammeuse) *alphos?* D'un autre côté, la lèpre des Hébreux, le *tsarath,* se rapporte-t-il à la lèpre squammeuse des Grecs (*alphos*), ou à leur *leucé?*

Je ne vous rappellerai pas ici, même en partie, les nombreuses et savantes recherches soulevées par cette question qui a accompagné l'*éléphantiasis* jusqu'à la lèpre du moyen âge.

Laissez-moi seulement vous dire que la lèpre des Hébreux diffère complétement de l'*alphos,* la lèpre squammeuse des Grecs, et que c'est la même maladie dont le mot *leucé* exprime une forme particulière.

Les Grecs l'ont appelée *éléphantiasis,* soit pour exprimer l'énormité de la maladie, soit à cause de l'état rugueux et tuméfié de la peau malade, soit à cause du rapprochement qui existe entre elle et l'éléphant, a dit Arétée, *et specie et colore et magnitudine* (1).

La même obscurité, les mêmes efforts pour distinguer ces deux formes, se retrouvent chez les Arabes qui, plus compétens, puisqu'ils ont eu plus d'occasions de voir par leurs yeux, établissent aussi une différence entre *Morphea* et *Baras,* c'est-à-dire entre l'*alphos* et le *leucé.*

Mais avec l'époque des Arabes est survenue une nouvelle source de confusion pour l'histoire de la lèpre du moyen âge.

Ils connaissaient parfaitement l'*éléphantiasis* des Grecs. Ils connaissaient parfaitement aussi leur lèpre squammeuse, mais ils décrivirent les premiers une maladie sinon nouvelle, au moins jusqu'alors inconnue, une maladie des extrémités inférieures, à laquelle ils donnèrent le nom d'*éléphantiasis.*

Enfin, les traducteurs des livres hébreux, grecs et arabes rendirent en latin l'*éléphantiasis* par le mot lèpre, voulant par là désigner une affection grave, et pour distinguer cette maladie de la *lèpre squammeuse,* ils l'appelèrent *lepra Hebræorum, lepra Græcorum, lepra Arabum.*

Ainsi, sous le nom de *lèpre* et d'*éléphantiasis,* on a confondu trois formes tout à fait différentes.

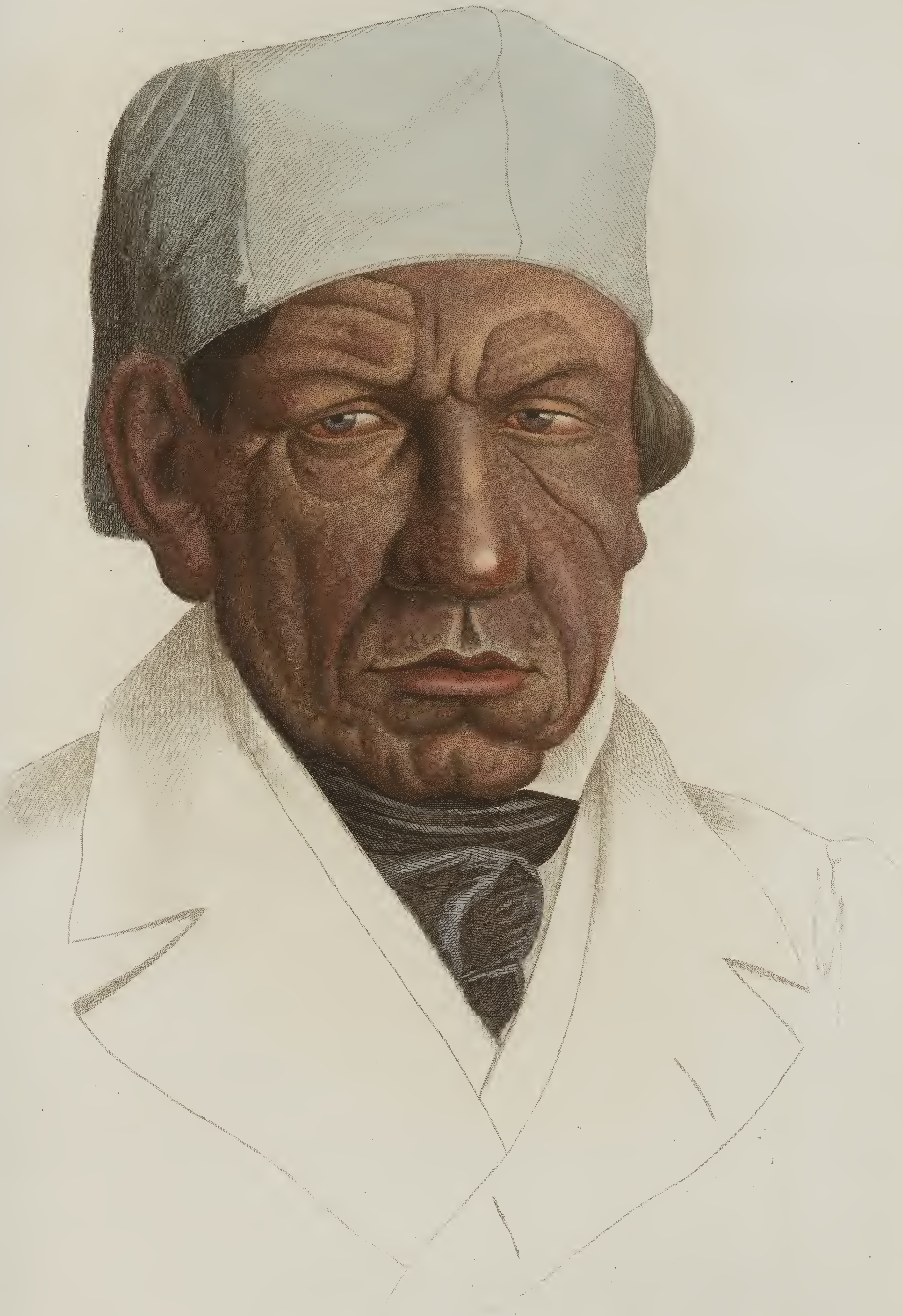
La *lèpre* proprement dite, la *lèpre des Grecs,* affection squammeuse, maladie idiopathique de la peau, dont nous vous avons fait l'histoire, il y a déjà quelque temps, avec celle du psoriasis.

L'*éléphantiasis des Arabes,* maladie dite *jambe* des Barbades, affection de l'appareil lymphatique, dont nous nous sommes occupé dans une des dernières séances.

L'*éléphantiasis des Grecs,* lèpre des Arabes, lèpre tuberculeuse, c'est celle dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui.

Laissez-moi cependant ajouter encore que cette déplorable confusion a cessé aujourd'hui, en grande partie, pour ceux qui se sont particulièrement occupés des maladies de la peau, mais elle laisse toujours une certaine obscurité, on ne saurait en disconvenir, sur l'histoire de cette terrible affection, et c'est encore un grand obstacle pour la clarté et la facilité de son étude. Aussi, mon ami le docteur Schedel et moi avons-nous proposé de lui donner le nom de *tsarath,* qui désigne la lèpre des Hébreux.

(1) On l'a nommée aussi *Leontiasis,* à cause de la ressemblance que donnent les rides et les plis du front à ceux qui en sont atteints avec l'aspect du lion ; *Satyriasis,* à cause de la physionomie de l'éruption, de la rougeur du faciès, suivant les uns ; ou bien à cause de l'ardeur des désirs vénériens, suivant les autres.



Elephantiasis des Grecs.

Imp. F. Chardon aîné, 30, r. Hautefeuille, Paris.



Éléphantiasis des Grecs

(Anesthésie.)

On a admis plusieurs divisions, suivant que la maladie était ou non caractérisée par des tubercules, suivant l'état de la sensibilité de la peau. Robinson, un des hommes qui a fait le travail le plus remarquable sur cette maladie, a proposé de diviser l'éléphantiasis en tuberculeux et anaisthète; mais, outre que souvent ces deux caractères existent ensemble, le contraire peut avoir lieu, et l'on a vu l'éléphantiasis caractérisé, par une exagération extrême de la sensibilité.

Nous distinguerons donc le tsarath en *phymathode* ou tuberculeux, et *aphymatode*, sans tubercules. Puis, suivant qu'il y a abolition ou exagération de la sensibilité, en *anaisthète* et *hypéresthète*. Enfin, on pourrait admettre encore, suivant l'altération du pigment, une variété noire ou blanche qui correspondrait au melas et au leucé. Nous devons dire que nous n'avons jamais observé dans nos climats que les taches fauves ou purpurines.

Nous examinerons, chemin faisant, soit à propos des symptômes, soit au diagnostic, les autres dénominations si nombreuses qui ont été appliquées à l'éléphantiasis.

Le tsarath est caractérisé par des taches fauves ou purpurines, avec lésion de la sensibilité, suivies plus tard d'ulcères rongeans qui, le plus souvent, sont précédés de tubercules, petites tumeurs, saillantes, irrégulières, de dimension variable, molles et lisses au toucher.

Le tsarath est quelquefois précédé de symptômes généraux, de langueur, de découragement, plus rarement d'un mouvement fébrile, plus souvent d'un sentiment de lassitude, de pesanteur dans les membres, indéfinissable.

Dans le plus grand nombre des cas, il n'y a aucun dérangement appréciable de la santé, et n'étaient les taches, les malades ne se douteraient pas de l'imminence de ce mal terrible.

J'ai vu plusieurs cas de ce genre, dans lesquels les malades n'étaient préoccupés absolument que du désagrément d'avoir quelques taches sur diverses parties du corps.

Je suis porté à croire cependant, que long-temps à l'avance, sur plusieurs points de la peau, il y a une altération de la sensibilité, dont les malades n'ont pas conscience.

J'ai vu tout récemment un négociant qui avait quitté La Havane, où il était né, et où il était resté plus de quarante ans. Dix-huit mois après être venu en Europe, il éprouva les premières atteintes du tsarath. Six mois auparavant, il avait été traité pour une angine. Le médecin conseilla, entre autres, des sinapismes aux jambes. Le malade les *oublia* complétement toute la nuit; et plus tard, les parties où avaient été appliqués les sinapismes, devinrent le siége des taches caractéristiques du tsarath.

Le tsarath est dit *phymatode* ou tuberculeux, *aphymatode* ou sans tubercules; avec exagération de la sensibilité, *hyperesthète;* avec insensibilité, *anesthète.*

Le tsarath se trahit donc par l'apparition de taches d'une couleur fauve ou purpurine, qui, suivant leur prédominance, lui ont fait donner dans certains pays le nom de *mal rouge,* dans d'autres, celui de *lèpre noire.*

Il n'est pas rare de voir les deux espèces de taches sur le même malade. J'ai vu aussi, au milieu des taches fauves, un phénomène signalé chez les nègres, l'absence de pigment sous forme de taches blanches, qui rappellent le *leucé* des anciens.

Les taches se montrent d'abord au visage, aux jambes et aux avant-bras. Quelquefois pendant long-temps il n'en existe qu'aux jambes, où elles se montrent avec des dimensions variables. Souvent la peau paraît comme tuméfiée, mais c'est surtout au visage, que, bornées à une surface limitée, aux oreilles, au nez, elles sont accompagnées d'un boursouflement particulier, comme si déjà elles étaient passées à l'état tuberculeux.

Les taches, qui peuvent à la rigueur laisser long-temps méconnaître le mal qui commence, sont toujours accompagnées d'un symptôme caractéristique, d'une lésion remarquable de la sensibilité.

Le plus ordinairement c'est une lésion en moins. Si l'on pique avec une épingle chacune des taches, on constate facilement une insensibilité souvent complète, qui cesse précisément là, où la circonférence de la tache se confond avec la place restée saine.

D'autres fois, mais plus rarement, la sensibilité, au contraire, est exagérée, et le moindre contact, le moindre attouchement occasionne une douleur des plus vives, que quelques malades comparent à celle que détermine la contusion du nerf cubital.

Enfin, indépendamment de ces symptômes qui constituent la première période de cette maladie (taches avec lésion de la sensibilité dans les parties maculées), souvent une altération profonde du système nerveux se trahit long-temps à l'avance, soit par des troubles généraux, soit par une perversion des fonctions, et de la sensibilité générale de la peau.

Quoi qu'il en soit, que les taches restent stationnaires, ou qu'elles tendent incessamment à envahir de nouvelles surfaces, cette période dure ordinairement très long-temps, quelquefois plusieurs années.

Cependant les taches se multiplient, elles augmentent, elles s'étendent, souvent elles se confondent. Le boursouflement du tissu cellulaire devient de plus en plus prononcé, surtout au visage, et bientôt on voit se développer de petites tumeurs, de forme et de dimension inégales, molles, lisses au toucher, variant depuis la grosseur d'un pois, jusqu'à celle d'un petit œuf de poule. C'est surtout au visage qu'elles s'étendent plus rapidement, et qu'elles acquiè-

rent un développement plus considérable, aussi ne tardent-elles pas à déformer le front, les yeux, le nez, les oreilles.

C'est cet horrible aspect du visage, déformé par de nombreuses et affreuses bosselures, séparées par des rides profondes, qui donne à un enfant l'air d'un petit vieillard, et dont le hideux est augmenté encore par cette teinte toute particulière, par cet enduit gras, huileux, qui lubrifie les tubercules; c'est cet aspect tout particulier, dis-je, qui a frappé de tout temps les observateurs, et qui a été décrit, il y a déjà tant de siècles, avec une vérité et une énergie, que les descriptions les plus récentes n'ont eu qu'à reproduire.

Cette déformation est beaucoup moins sensible aux membres, où elle consiste le plus ordinairement dans une tuméfaction comme œdémateuse.

A cet état tuberculeux, on retrouve la même altération de la sensibilité plus prononcée encore, mais avec des modifications ou des alternatives de plus ou de moins, très remarquables. Ainsi j'ai vu quelquefois les malades prédire le passage d'une tache à l'état de tubercule. Cette transition leur était annoncée par le retour d'une sensibilité souvent douloureuse dans une partie que depuis long-temps ils ne sentaient plus ou presque plus, et une fois le tubercule formé, non-seulement la douleur disparaissait, mais la sensibilité était abolie plus complétement encore. C'est ainsi qu'on parvient à les couper, les brûler tout à fait impunément.

Arrivé à cet état, surtout au visage, la maladie se complique souvent d'une manière grave. Il se développe une ophthalmie toute particulière qui n'a point été décrite; il se passe à la conjonctive le même travail qu'à la peau, et plus tard, il se produit une masse tuberculeuse qui envahit la cornée et successivement l'œil entier.

La muqueuse de la bouche, du nez, du pharynx, ne tarde pas à être atteinte. Des tubercules se forment dans les fosses nasales, au voile du palais, sur la langue, dans le larynx, etc. Alors la voix devient rauque; la respiration plus difficile; en même temps que la peau se dégarnit de tous ses poils, que les ongles se décolorent et deviennent saillans, que le plus souvent les testicules s'atrophient.

Cette seconde période, qui est déjà bien grave et qui tend fatalement à l'ulcération des tubercules, peut aussi se prolonger long-temps sans modifications. Elle dure toujours plusieurs mois, souvent aussi plusieurs années.

Quelquefois les malades succombent sans que les tumeurs se soient ulcérées. Dans d'autres cas, beaucoup plus heureux, mais aussi beaucoup plus rares, quelques tubercules se terminent par résolution; d'autres s'ulcèrent, mais les plaies se guérissent, se cicatrisent spontanément. Le plus souvent, après un temps plus ou moins long, les tumeurs s'enflamment. Elles se convertissent en ulcères, dont quelques-uns sanieux, blafards, fongueux, restent superficiels, et se recouvrent de croûtes molles, noirâtres, comme gangréneuses, qui tombent et se renouvellent sans cesse. Dans d'autres cas les ulcères pénètrent profondément, détruisent les tissus sous-jacens, d'une manière toujours lente, insensible, de sorte que le malade succombe après avoir assisté pendant long-temps à des mutilations affreuses et successives.

Indépendamment des complications graves qui dépendent du ramollissement, de l'ulcération des tubercules, telles que l'ozène, l'altération de la voix, la suffocation, etc., parmi les symptômes généraux qui accompagnent la maladie, il faut noter, en première ligne, les affections intestinales graves, les diarrhées colliquatives, qui sont souvent la cause prochaine de la mort.

Tels sont les caractères, telle est la marche du tsarath phymatode.

Il y a des cas, où les ulcérations ne sont pas toujours précédées de tubercules. Les taches se transforment en pustules, quelquefois en bulles analogues à celles du pemphigus chronique; ces bulles s'ouvrent et laissent après elles des ulcérations qui se recouvrent de croûtes noirâtres, plus ou moins épaisses. Celles-ci en tombant laissent apercevoir une destruction de plus en plus profonde. Cette particularité, l'absence de tubercules, existe souvent dans le tsarath tuberculeux lui-même, et il n'est pas rare, ainsi que nous l'avons constaté plusieurs fois, de voir l'éléphantiasis tuberculeux au visage, par exemple, et de constater en même temps aux extrémités tous les caractères du tsarath aphymatode.

Cependant il n'est pas douteux non plus, que cette absence soit quelquefois générale, et qu'il y ait une variété de l'éléphantiasis non tuberculeux. Elle a été admise par Robinson, parfaitement décrite par M. Danielsen (1), à propos de la radezyge, de la lèpre de Norwége. C'est ce qu'ils ont appelé l'éléphantiasis anesthète, dénomination qui ne saurait être exacte, puisque là, comme dans l'autre forme, et plus que dans l'autre forme peut-être, il y a alternative d'exagération et d'abolition de la sensibilité. Le docteur Faivre, qui en a fait aussi une variété distincte pour l'éléphantiasis du Brésil, l'a appelée *morphée impétigineuse*.

Quoi qu'il en soit, cette variété pure, sans aucun tubercule, est beaucoup plus rare, et à part une atrophie remarquable de la peau et du tissu musculaire, qui remplace le boursouflement, et par suite la déformation hideuse des parties, c'est évidemment la même maladie qui se développe dans les mêmes circonstances, suit la même marche, produit les mêmes lésions et se termine de la même manière.

Disons, toutefois, que devant cette atrophie générale, que devant ces vastes ulcérations qui mettent les muscles à nu, surtout à la plante des pieds; devant cette rétraction des tendons, cette nécrose des phalanges, qui sont détruites

(1) Danielsen et Boeck. *Traité de la Spedalsked.* Paris, 1848, in-8.

et éliminées les unes après les autres; devant cet état général de la peau qui est devenue sèche et dure comme du parchemin; devant cette destruction incessante, sans que le malade en ait à peine la conscience, on est réellement frappé de cette *insensibilité* qui a fait distinguer cet état par le nom d'anesthète.

Diagnostic. Je ne reviendrai plus sur le vague qui devait résulter malheureusement des mêmes dénominations données à plusieurs maladies différentes, et de la confusion qu'elles devaient apporter *à priori* dans leur diagnostic.

Les caractères du tsarath sont assez tranchés, assez exceptionnels, pour qu'il soit impossible de s'y méprendre, quand on a eu l'occasion de l'observer, ne fût-ce qu'une seule fois.

Cependant l'état isolé, ou la prédominance de l'un de ces caractères, est quelquefois devenu la cause d'erreur plus ou moins durable. Ainsi au début, alors que le tsarath est encore à l'état de taches, les macules sont souvent confondues avec celles de l'érythème, du pityriasis versicolor, des taches syphilitiques.

J'ai assisté à une consultation dans laquelle, Biett, seul de son avis, contre deux autres médecins très distingués d'ailleurs, soutenait, chez un homme venu de la Guadeloupe avec des taches aux jambes, que ces macules étaient le début de l'éléphantiasis; il en fut jugé autrement, parce que le malade avait eu autrefois la syphilis. Je revis le malade un an plus tard. L'affection avait fait des progrès; les tubercules s'étaient développés; il n'y avait plus de doute, Biett avait eu raison... Il avait d'ailleurs basé son diagnostic sur l'altération de la sensibilité. Indépendamment de la teinte fauve, de l'état particulier luisant de la peau, qui n'échappa pas à son œil exercé, les taches étaient insensibles.

Plus tard, quand la maladie s'est développée, l'erreur n'est plus possible; quoique je me rappelle un cas de tubercules syphilitiques, si nombreux, si volumineux, sur le visage d'une femme, qu'ils avaient déformé ses traits, au point de me faire croire au premier abord à un éléphantiasis. Il suffit d'un examen un peu plus attentif pour distinguer les ulcérations à bords durs et taillés à pic, les indurations tuberculeuses, dures aussi, le plus souvent arrondies, d'une teinte cuivrée, qui trahissaient la syphilis.

Il est toujours facile de distinguer ces deux maladies, et si j'insiste sur ce point, c'est que cependant on a toujours une tendance à les confondre, et que même, aux yeux de certains médecins, l'une ne serait que la conséquence de l'autre. Erreur grave, que l'expérience a suffisamment détruite.

Pronostic. Le tsarath est une des maladies les plus graves qui atteignent l'humanité. Elle est presque toujours incurable. Cependant dans quelques cas très rares, il est vrai, elle a guéri spontanément, surtout chez des individus jeunes, vigoureux, lorsqu'elle n'était pas très avancée. Les mêmes conditions peuvent aussi faire espérer d'arriver à la combattre avec succès par un traitement approprié.

Le plus souvent, elle est incurable, et les malades succombent après avoir passé plusieurs années, tristes, moroses, abattus, et trainant une existence affreuse et pour eux et pour ceux qui les entourent.

Causes. On ne pouvait dépouiller une maladie aussi grave du caractère contagieux; aussi la doctrine de la contagion établie sans aucun doute dans l'antiquité, attaquée par les observateurs modernes, n'est-elle pas complétement détruite encore aujourd'hui. Sortie des lois de Moïse, établie par Arétée, Archigènes, défendue par les auteurs qui nous ont laissé les meilleurs travaux sur l'éléphantiasis, par Schilling, par Richter, etc.; attaquée, au contraire, avec ardeur par J. Adams et par tous les observateurs modernes, en Afrique, dans l'Amérique du Nord, au Brésil, en Norwége, en France par Alibert et Biett, la contagion ne pourrait plus être admise aujourd'hui, et nous avons nous-même observé un assez grand nombre de faits, pour ne pas conserver le moindre doute à ce sujet.

Il n'en est pas de même de l'*hérédité*, qui n'est contestée par personne, et qui joue un si grand rôle dans le développement du tsarath. Ici, du moins, la transmission héréditaire se présente avec les bizarreries de sa mystérieuse influence; ainsi le tsarath n'est pas nécessairement héréditaire. Biett cite des exemples et nous en avons vu nous-même, dans lesquels des individus tsaratheux avaient des enfans complétement sains.

Mais elle n'est pas toujours directe, et elle saute souvent plusieurs générations, de sorte que, d'après des observations récentes et surtout celles de M. Danielsen, on serait conduit à penser que le tsarath est fatalement héréditaire, et que si cette influence n'est pas toujours directe, elle peut se faire sentir sur les petits ou arrière-petits-enfans, sur les collatéraux, etc., et cela en dehors de certaines conditions qu'on pourrait croire plus favorables au développement de la maladie. M. Danielsen parle de cas, où le tsarath franchissait deux ou trois générations, épargnait des enfans misérables, pour aller en frapper d'autres dans la quatrième, qui vivaient au milieu des meilleures conditions hygiéniques. Je connais un cas assez singulier d'hérédité de deux jumeaux mâles, l'un fut affecté du tsarath, à l'âge de 7 ans, et l'autre n'en éprouva jamais la moindre atteinte.

M. Danielsen a publié des tableaux desquels il résulte que sur 213 individus attaqués de la spedalsked, cette maladie était héréditaire chez 189 : que l'hérédité est plus fréquente du côté maternel, et qu'on la trouve plus répandue dans la ligne collatérale que dans la ligne directe.

Le développement du tsarath peut aussi être spontané. Il peut se déclarer chez des individus nés de parents sains, dans la famille desquels cette affection n'aurait jamais pénétré; mais nous retrouvons alors une influence non

moins mystérieuse que celle de l'hérédité, l'influence du climat, le séjour dans des contrées où cette maladie est endémique.

Le tsarath ne se reproduit pas dans les pays tempérés, et se développe d'autant plus facilement, au contraire, que l'on s'approche d'un côté de l'équateur, de l'autre des pôles. Du côté du pôle, on l'observe le long des côtes maritimes de la Norwége, qui s'étendent du 60e au 70e degré de latitude. Il ne se produit pas en Europe entre le 48e et le 55e degré de latitude nord; mais en Asie et en Amérique cette exception n'existe plus.

On a prétendu que le développement du tsarath était plus fréquent au moyen âge qu'aujourd'hui, c'est une erreur; seulement à cette époque les lazarets renfermaient, sous le nom de lèpre, une foule d'affections cutanées différentes, et plus ou moins graves.

Une fois la disposition du tsarath acquise soit héréditairement, soit sous l'influence de conditions climatériques particulières, on a signalé une foule de causes, comme pouvant déterminer l'apparition de la maladie.

On a, dans tous les temps, signalé les affections nerveuses; d'après les faits que j'ai observés, je suis porté à attribuer à cette influence une part très active dans le développement du tsarath.

On a signalé la mauvaise nourriture, l'usage de la viande salée, des poissons fumés, de la viande de porc, la malpropreté, les habitations mal aérées, humides, les violences extérieures, les excès vénériens, l'abus des liqueurs alcooliques; j'ai constaté plusieurs fois l'influence de l'insolation très prolongée unie à une grande fatigue. On comprend, d'ailleurs, qu'une fois donnée la disposition héréditaire ou acquise, une foule d'influences diverses puissent devenir causes déterminantes, suivant la constitution de l'individu.

Le tsarath paraît être plus fréquent chez les hommes que chez les femmes; il se développe généralement avant l'âge de la puberté. M. Danielsen rapporte des faits qui prouvent qu'il peut se développer chez le fœtus, dans le sein de sa mère.

Anatomie pathologique. — Nature de la maladie. — Le tsarath connu et étudié dans tous les temps a dû, très naturellement, subir, pour l'explication de son essence intime, l'influence des théories diverses qui se sont succédé, depuis les quatre humeurs, jusqu'à celle d'une diathèse analogue à celle de la syphilis, du scorbut, sinon tout à fait identique.

Le défaut d'observations pathologiques nombreuses et suivies a laissé long-temps, sur la nature de cette maladie, un voile épais qui n'est pas encore déchiré. Cependant, les travaux modernes, des observations plus complètes, des autopsies plus nombreuses et faites avec plus de soin, et surtout les recherches de M. le docteur Faivre, au Brésil, et de MM. Danielsen et Boeck, en Norwége, ont éclairé cette maladie d'un jour tout nouveau, et préparé les voies d'un traitement rationnel.

Pour M. Danielsen, il y a un état dyscrasique du sang, qui consiste dans un excès d'albumine et de fibrine; il a fait de nombreuses analyses, et il a pu constater d'une manière évidente cette composition anormale. Le sérum est en quantité minime, il est très visqueux, de couleur verte, le caillot est assez volumineux, solide, couvert d'une membrane couenneuse. Cette membrane est fréquemment recouverte elle-même d'une couche albumineuse; c'est le sang, altéré dans sa composition physique et chimique, qui produit des congestions passives : d'où les taches, les tubercules, etc. Mais l'auteur a trouvé l'explication des autres phénomènes si curieux et si graves, dans des altérations très remarquables des centres nerveux; ainsi, d'abord, une injection des vaisseaux sanguins, surtout des veines de la partie postérieure de la moelle épinière, une exsudation albumineuse dans le tissu séreux de l'arachnoïde, exsudation assez circonscrite, tantôt à la région cervicale, tantôt à la région dorsale, tantôt à la région lombaire; la pie-mère et l'arachnoïde adhérentes; une plus grande fermeté de la substance médullaire, qui peut acquérir une telle consistance, qu'elle ressemble à une substance cartilagineuse; une altération de couleur et de consistance de la substance grise.

M. le docteur Faivre a relaté des altérations analogues. Ainsi, une sorte d'atrophie de la moelle encéphalique et de la moelle épinière, mais sans altération notable de structure; une grande quantité de sérosité épanchée dans les ventricules et le canal vertébral; la présence constante des *glandes de Pacchioni;* assez fréquemment, à la surface de l'un et l'autre hémisphère, un état suppuratif circonscrit des membranes du cerveau.

Nous n'avons pas le temps d'insister ici sur les nombreux rapports que l'on trouve, entre ces altérations et les symptômes si curieux de cette maladie, il suffit d'appeler votre attention sur l'importance du rôle des centres nerveux dans l'éléphantiasis.

Du reste, dans les autopsies, aujourd'hui assez nombreuses, que nous avons eu à faire, nous avons toujours trouvé le cœur, les gros vaisseaux remplis d'un sang noir, poisseux, épais.

La peau sèche avait conservé la couleur gris-fauve. Les tubercules les plus récens étaient disparus sans laisser de trace. Les plus anciens étaient accusés par des indurations qui pénétraient dans quelques points, le tissu cellulaire sous-cutané.

Les membranes muqueuses ont offert des lésions analogues; çà et là des taches; quelquefois des infiltrations de sérosité dans le tissu sous-muqueux; plus loin, des tubercules, quelquefois des ulcères, et notamment dans la bouche, à la pituitaire, dans le larynx.



Zulin del.　　　　visto sc.

Elephantiasis des Grecs

(Tuberculeux)

J'ai trouvé plusieurs fois des ulcérations nombreuses et profondes dans une grande étendue de l'intestin.

On a signalé aussi la présence de tubercules pulmonaires, et l'on a voulu, bien à tort, établir une connexité entre cette production accidentelle et l'état pathlogique de la peau.

Traitement. Nous n'entreprendrons pas de signaler ici, même en partie, les nombreux agens qui ont composé tour à tour le traitement empirique de l'éléphantiasis, sans en excepter la vipère, le plus fameux de tous, peut-être, ni la chair de serpent vantée énergiquement par les autorités les plus recommandables.

On a proposé une foule de moyens curatifs de l'éléphantiasis, depuis l'hellebore noir, un des plus anciens, jusqu'au guano, dont on a, dans ces derniers temps, exalté l'efficacité; ainsi, on a vanté tour à tour l'aconit, la ciguë, la salsepareille, la douce-amère, le daphné, l'asclépiade gigantesque, etc. Parmi les minéraux, on a vanté le *mercure*, dont j'ai toujours vu les effets plus nuisibles qu'utiles; les *antimoniaux*, dont l'emploi, à titre de sudorifique, est très rationnel au début; l'*or*, dont je ne sache pas qu'on ait constaté de succès positif; l'*iode*, employé pour la première fois par Biett, avec d'heureux résultats; l'*arsenic*, préconisé dans tous les temps, et qui constitue, en effet, un traitement des plus efficaces, surtout à la première période, à cause de son action directe, excitante de la peau, etc.

Mais ce n'était là, le plus souvent, qu'un traitement empirique, et ce n'est que tout récemment, que l'on est entré dans une voie plus rationnelle, surtout depuis les travaux de MM. Danielsen et Boeck.

Pour moi, depuis long-temps déjà, frappé surtout de l'état anormal du système nerveux, j'ai commencé à diriger mes moyens de traitement, sur les organes centraux de ce système.

Pour M. Danielsen, l'indication principale consiste à combattre la composition anormale du sang; pour cela il propose une diète régulière, l'usage de l'huile de foie de morue, les préparations d'iode, les bains sulfureux; il n'a qu'une médiocre confiance dans l'arsenic. Il prescrit à l'extérieur, l'emploi des excitans de la peau, souvent des caustiques sur les tubercules.

Quant aux organes centraux, ils ont fixé son attention, surtout dans la forme anesthétique. Il a employé alors, le long de la colonne vertébrale, des frictions, des ventouses, des moxas, etc.

C'est dans cette voie aussi, que je crois qu'il faut conduire le traitement du tsarath; seulement, tout d'abord, et n'importe quelle que soit la forme de la maladie, c'est l'état des organes centraux du système nerveux qu'il faut combattre, en même temps que l'on agit plus ou moins directement sur la peau elle-même. Pour remplir cette dernière indication, j'ai toujours la plus grande confiance dans les arsénicaux administrés dans la première période, et à ce titre, l'arsenic me semble encore un des plus puissans agens pour combattre le tsarath au début.

Observation. — *Éléphantiasis tuberculeux chez un Européen, après* 20 *ans de séjour dans les colonies. — Mort.* (Observation recueillie dans le service de Biett.) — *Autopsie.* — M. ..., âgé de 40 ans, né à Paris, jouissant d'une très bonne santé, habitait les colonies depuis 20 ans, sans jamais avoir été malade. Il était resté 15 ans à l'Ile-Bourbon, et depuis 4 ans et demi il était établi à l'Ile-de-France, où il faisait le commerce de bijouterie et d'horlogerie.

Il avait eu deux blennorrhagies qui, toutes deux, avaient disparu promptement sans aucun traitement. En 1822, il contracta la gale, et fit des lotions avec l'eau de Mettemberg; en quelques jours la gale disparut. Peu de temps après, il contracta une nouvelle blennorrhagie, pour laquelle il ne fit pas plus que pour les autres. Il l'avait depuis quelques jours quand il s'aperçut tout à coup, aux cuisses et aux joues, qu'il lui survenait de larges tubercules de la largeur de petites noix, très saillans, irréguliers, rouges et sensibles au toucher; 15 jours après, la blennorrhagie disparut. Depuis long-temps, d'ailleurs, M. .... se nourrissait de viandes salées, de viande de porc.

La peau devint tellement sensible, que lorsqu'il se touchait, même aux endroits qui n'étaient pas le siége de tubercules, le malade éprouvait le plus souvent une douleur qu'il comparait à celle que l'on éprouve quand on se cogne le coude.

Il prit des bains simples, une tisane de salsepareille, et au bout de deux mois, l'affection, qui alors était bornée aux cuisses et aux joues, disparut complétement.

Un an après, M. .... alla à une fête, à dix lieues de son habitation; il but beaucoup, se fatigua extrêmement, et pour couronner l'œuvre, refit les dix lieues à pied et fut mouillé tout le temps; il arriva chez lui avec la fièvre.

Le lendemain, la maladie tuberculeuse avait reparu. Mais en peu de jours elle fit des progrès terribles; non-seulement les cuisses et les joues se couvrirent de nouveau de tubercules, mais les oreilles furent déformées; les sourcils et les cils tombèrent, les lèvres se tuméfièrent, etc.

Cette fois, malgré une foule de remèdes, la médecine de Leroy poussée à des doses extrêmes, les dépuratifs de toute sorte, des lézards tout vivans, etc., la maladie ne s'amenda pas pendant quatre ans; la teinte de la peau devint de plus en plus bronzée; les tubercules se multiplièrent; les fonctions digestives se dérangèrent, la voix s'éteignit, la vue diminua.

Le malade se décida alors à revenir en France, il était dans l'état suivant:

La figure présentait une teinte bronzée, la peau saillante en masse était hérissée d'une foule de tubercules, séparés les uns des autres par des sillons plus ou moins profonds. Ces tubercules étaient irréguliers, les uns plus gros, les autres plus petits, assez mous au toucher pour pouvoir se laisser malaxer entre les doigts. Les oreilles étaient déformées, les lèvres, grossies et renversées, laissaient voir la muqueuse bronzée aussi.

Les sourcils et les cils n'existaient plus; les cornées transparentes étaient entourées d'un cercle analogue à celui qu'on observe dans la chemosis, seulement, il présentait aussi la teinte bronzée. A l'œil gauche, l'iris avait contracté des adhérences et la pupille était réduite à une ouverture grosse comme la tête d'une épingle; toute la peau, ainsi que le tissu cellulaire de la face lâche et mobile, présentait çà et là comme des pelotons informes; il en était de même de la peau des cuisses et des bras; le prépuce était tuméfié.

Le tronc, en général, était intact, seulement, la teinte de la peau y était bronzée partout.

La voix était éteinte. Du reste, toutes les muqueuses étaient dans un état d'irritabilité tel, qu'un catarrhe succédait à un autre, et qu'il était impossible de sortir des émolliens, des opiacés, d'un régime sévère, qui parvenaient à grande peine, à arrêter, de temps en temps, la diarrhée intense qui se représentait sans cesse.

Cependant l'application de vésicatoires volans à la région iléo-cœcale, l'administration de l'opium, de l'acétate de plomb, firent cesser le dévoiement, et le malade désira aller passer quelque temps chez lui.

Il revint bientôt, son état était sensiblement aggravé; il était impossible d'employer le moindre traitement actif.

Il ne tarda pas à succomber. L'autopsie fut faite trente-six heures après la mort.

Système cutané. La coloration bronzée qui s'était affaiblie graduellement, sous l'influence des différentes phlegmasies qui se sont succédé dans les derniers temps de la vie, était encore beaucoup moins prononcée après la mort.

Les tubercules, qui s'étaient affaiblis aussi dans les derniers temps, avaient complétement disparu.

L'épiderme était épaissi surtout aux pieds, aux mains et au cuir chevelu, plus adhérent qu'à l'état normal.

Sous l'épiderme se trouvait une couche éminemment vasculaire, rose, épaisse, comme érectile, formée par des ramifications artérielles et veineuses innombrables, les unes perpendiculaires à la section de la peau, les autres transversales ou obliques. A mesure que l'on arrivait à une couche plus profonde, le tissu cellulaire offrait plus de densité, occupait une plus grande place, devenait plus bronzé; il finissait par se convertir en une couche épaisse, dure, bronzée, solide, offrant plusieurs vacuoles remplies de grumeaux d'un blanc jaunâtre ou incolores, transparens, lenticulaires, cristalloïdes, qui paraissaient être des globules graisseux particuliers. Cette couche avait acquis, aux pieds, une épaisseur de plusieurs lignes.

Les testicules, les épididymes surtout, le gland, le prépuce, étaient changés en un tissu blanc, lardacé, dur, dense, résistant, criant sous le scalpel, véritable tissu fibreux; les corps caverneux étaient exsangues, et leurs cloisons fibreuses hypertrophiées.

Le crâne était bien conformé; l'encéphale bien constitué; il y avait une congestion très marquée, des parties nerveuses et de leurs enveloppes.

Même état pour la moelle rachidienne et ses membranes.

Les deux nerfs optiques étaient intacts, de même volume; le tissu cellulaire de l'orbite abondant.

Les deux conjonctives, palpébrale et oculaire, denses, hypertrophiées, se dessinaient sur les sclérotiques, en reliefs saillans et allongés; leur teinte était très bronzée.

Voies respiratoires. Une mucosité abondante, grisâtre, épaisse, obstruait tout le tube laryngo-bronchique. Dépouillée de cette couche par le lavage, la muqueuse laryngée offrait, sur un fond bronzé, un aspect grenu, inégal. Elle était réellement épaisse, ulcérée dans plusieurs endroits, boursouflée dans d'autres, plus molle partout. L'altération prédominait spécialement sur les cordes vocales, les inférieures surtout, dans les ventricules, à la surface inférieure de l'épiglotte. Le tissu cellulaire sous-muqueux était épaissi; les ligamens et les muscles étaient plus saillans; l'épiglotte paraissait hypertrophiée dans son tissu propre. Les glandes, les follicules muqueux étaient aplatis, leurs orifices dilatés. La glande thyroïde elle-même était développée et rougeâtre. La muqueuse trachéale présentait des points rouges, sur un fond bronzé. La rougeur était plus prononcée encore sur les bronches. La muqueuse des bronches était épaissie, ainsi que le tissu cellulaire sous-muqueux.

Épanchement d'un liquide séro-sanguinolent abondant dans les deux plèvres. Engouement des deux lobes antérieurs, des poumons et du lobe moyen droit, induration rouge et grise du lobe postérieur gauche presque en entier, et de la moitié du lobe postérieur droit.

Point de tubercules pulmonaires.

Voies digestives. Estomac très distendu, muqueuse molle partout, épaissie dans plusieurs points. Follicules du duodénum hypertrophiées.

Tissu cellulaire sous-muqueux plus épais et plus dur, surtout celui du gros intestin. Plusieurs points noirâtres très déprimés, qui semblaient être des cicatrices d'anciennes ulcérations.

Ganglions mésentériques développés, rougeâtres. Reins, Rate, Foie, gorgés de sang, volumineux. Bile noire et poisseuse. Pancréas très développé.

Système vasculaire. Un peu de sérosité citrine dans le péricarde, cœur volumineux. Sang noir réuni en caillots

moux, dans les différentes cavités, se prolongeant dans les artères pulmonaire et aorte, dans les veines caves. Coloration brune des veines cave et pulmonaire. Coloration partielle lie-de-vin de la membrane interne de l'aorte. Dans tout le système vasculaire, le sang était couleur lie-de-vin, fluide, poisseux.

Tous les tissus en général, les os mêmes, présentaient à un degré plus ou moins prononcé, la coloration bronzée, fauve, dont il a été question plusieurs fois. Il faut en excepter les muscles, qui partout étaient d'un beau rouge.

Le tissu cellulaire graisseux était partout dur et dense, et il avait un aspect d'un jaune mat.

BOUTON D'ALEP.

Éruption tuberculeuse de la peau qui règne endémiquement à Bagdad, sur les bords du Tigre et de l'Euphrate, mais principalement à Alep, dont elle a tiré son nom.

Cette maladie, connue imparfaitement en France, par une description donnée par M. Bo, dans les Mémoires de la Société de médecine, mais sur laquelle on trouve des détails précis et remarquables, dans un ouvrage d'un médecin anglais, Alex. Russel (1), a été le sujet d'une monographie très intéressante de M. Guilhou de Cahors, qui, avec M. Lagasquie, a fait, en 1825, un voyage en Syrie (2). C'est ce travail dans lequel on trouve une histoire complète du bouton, qui a servi aux descriptions qui en ont été faites depuis (3).

Le bouton d'Alep consiste dans l'éruption d'un ou plusieurs tubercules à marche régulière, à durée à peu près constante, qui atteint tous les indigènes, et qui laisse une cicatrice indélébile.

Le nombre des tubercules est très variable. Quand il est unique, on l'appelle, dans le pays, *bouton mâle ;* le plus souvent il y en a deux ou trois. On en a compté jusqu'à soixante-dix-sept chez un Français.

Le bouton peut se développer sur toutes les parties du corps, mais on l'observe presque exclusivement à la face et aux extrémités.

Il se développe d'une manière assez régulière, si bien qu'on a divisé sa marche en trois périodes : d'éruption, de suppuration, de dessiccation. Il dure habituellement un an, et laisse une cicatrice indélébile.

Par exception, on a vu quelquefois la maladie se prolonger plusieurs années, plus rarement encore, guérir en six ou huit mois.

Le bouton d'Alep attaque tous les indigènes sans exception. Quant aux étrangers, les uns en sont atteints peu de temps après leur séjour à Alep ; les autres résident long-temps sans le contracter, quelques-uns l'ont éprouvé après avoir quitté Alep depuis quelque temps.

Il attaque indifféremment tous les âges, les deux sexes. Cependant il se développe le plus ordinairement dans la première enfance, à l'âge de deux ou trois ans.

Le chien est, comme l'homme, sujet au bouton, qui présente chez lui les mêmes caractères.

Le bouton d'Alep n'est pas contagieux. On a tenté inutilement de l'inoculer.

Il est endémique, non-seulement à Alep, mais encore à Bagdad et dans beaucoup d'autres villes.

La cause du bouton d'Alep est entièrement inconnue. Depuis long-temps on l'attribue aux eaux d'une petite rivière, le *Coiq,* qui baigne la ville. Cette opinion, émise par Russel, adoptée par Volney, puis par MM. Guilhou et Lagasquie, est aussi celle de M. Villemin, qui a fait des recherches minutieuses pour éclairer ce point important d'étiologie. Nous ne pouvons que répéter ici l'objection que nous avons déjà formulée contre cette opinion. Comment expliquer, alors, la présence de la maladie, à Bagdad, à Mossoul, et même dans des lieux beaucoup plus éloignés? Il n'y a plus là de rivière de *Coiq ;* y a-t-il alors la même influence, les mêmes conditions, des eaux potables puisées dans d'autres fleuves? C'est possible, mais ces conditions sont encore inconnues.

On admet généralement qu'on n'est atteint du bouton d'Alep qu'une fois dans la vie. Dans une des parties les plus curieuses de son travail, M. Villemin admet une récidive, ou plutôt, il regarde comme une seconde manifestation du bouton, le *bouton en miniature,* une éruption attribuée dans le pays, à la morsure du cloporte, et que Russel avait déjà regardée *comme étant de la même nature* que le bouton, seulement d'un plus faible degré.

Tout le péril du bouton d'Alep consiste dans la production d'une cicatrice inévitable et souvent très difforme.

Quant au traitement, il se réduit à l'emploi de moyens très simples. Le plus souvent les habitans ne lui opposent absolument aucun moyen thérapeutique. Ne pourrait-on, par des applications caustiques bien dirigées, abréger la durée de la maladie, ou au moins, rendre la cicatrice moins difforme? Il me semble raisonnable de le penser.

(1) *Histoire naturelle d'Alep et des pays voisins,* 1756.

(2) *Thèse inaugurale.* Paris, 1833.

(3) Tout récemment, M. le docteur Villemin, médecin sanitaire français, en Syrie, a présenté à l'Académie des Sciences un Mémoire qui renferme des observations nombreuses, et des aperçus nouveaux sur l'histoire de cette curieuse affection.

Quoi qu'il en soit, il paraît que les médecins d'Alep sont très rarement consultés pour donner des soins au bouton.

KÉLOIDE.

Cancroïde d'Alibert.

Cette maladie, signalée dans le petit livre de Retz, sous le nom de *dartre de graisse,* a été décrite pour la première fois par Alibert, qui l'appelle *cancroïde.*

C'est une petite tumeur développée dans l'épaisseur de la peau, blanche, ovalaire et aplatie, ou saillante, plus rouge que le reste des tissus, et de forme allongée, suivant qu'elle se manifeste spontanément, ou sur une cicatrice; le plus souvent indolente, sans tendance à l'ulcération, et pouvant durer indéfiniment, sans apporter le moindre trouble à la santé.

La *kéloïde* se développe dans deux conditions différentes : ou spontanément ou sur des cicatrices. Quand elle est *spontanée,* bien que l'on en ait quelquefois signalé plusieurs, elle forme le plus souvent une plaque unique, aplatie irrégulièrement, ovalaire, avec une légère dépression au centre.

Sur cette plaque, la peau a changé d'aspect. Elle est lisse, tendue, blanchâtre, quelquefois rosée.

A ses limites, la tumeur se confond avec le reste des tissus, par des espèces de digitations filamenteuses qui s'y perdent insensiblement. Elle est dure, résistante au toucher.

Apparaissant d'abord, sous la forme d'une induration de quelques millimètres, elle ne fait que de très lents progrès, sans dépasser rarement deux centimètres, deux centimètres et demi de diamètre.

Je l'ai observée aux bras, plus souvent au col, plus souvent encore à la poitrine.

Sa marche est extrêmement lente ; elle n'est jamais l'occasion de douleurs vives. Je n'ai point constaté d'accidents hypérémiques ou inflammatoires. Je ne connais pas de cas où elle se soit terminée naturellement par ulcération.

La kéloïde spontanée est plus fréquente chez les femmes; je l'ai vue plusieurs fois chez des enfans; elle avait son siége au col, à la tempe; elle coïncidait avec un tempérament lymphatique très exagéré.

Elle se développe sans trouble général, sans influences appréciables. On a signalé, dans quelques cas, l'influence d'une cause extérieure.

La kéloïde *cicatricielle* se présente avec une autre apparence. Elle est le plus souvent multiple, sans forme arrêtée, ordinairement allongée, saillante; la peau qui la recouvre est rouge, sèche, plissée.

Je l'ai vue plusieurs fois développée sur les cicatrices, laissées par une syphilide serpigineuse; là, non-seulement, elle occupait alors les différens siéges, mais encore, elle affectait les différentes formes des cicatrices elles-mêmes.

Développée fréquemment aux bras et aux épaules, jai observé plusieurs fois et long-temps la marche de cette variété de la kéloïde. Un point des cicatrices devenait le siége d'un léger prurit, d'une hypérémie évidente, la peau devenait rouge, chaude : il se formait une espèce de bride allongée, saillante, peu douloureuse, qu'on saisissait facilement entre les doigts. Cette bride durait plusieurs mois, après lesquels elle s'affaissait et disparaissait complétement, sous l'influence d'un travail analogue, mais cette fois, d'un véritable travail de résolution. Cette fois, la peau cicatrisée était moins tendue et comme gaufrée.

Pas plus que la kéloïde spontanée, malgré les conditions nouvelles qu'elle trouvait dans le tissu, au milieu duquel elle se développait, je n'ai vu la kéloïde cicatricielle tendre à l'ulcération.

On ne saurait confondre la kéloïde avec le véritable cancer de la peau.

Rien, absolument rien, pas plus dans l'observation anatomique que dans l'observation pathologique, ne saurait, un instant, présenter le moindre rapprochement.

Y a-t-il de l'analogie même avec le cancroïde proprement dit, comme le croyent certains observateurs très recommandables, et notamment M. Lebert (1)? Je ne le pense pas, et je trouve de grandes raisons de séparation dans son siége proprement dit (le derme) : l'absence de tout appareil inflammatoire, l'absence de toute tendance à l'ulcération.

La kéloïde est une tumeur hypertrophique du derme.

La kéloïde n'est jamais une affection grave. La kéloïde cicatricielle disparaît le plus souvent d'elle-même. Cette terminaison est plus rare, mais encore possible, pour la kéloïde spontanée.

L'administration de l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium à l'intérieur, des frictions huileuses sur la tumeur, quelques bains, voilà les moyens par lesquels j'ai, jusqu'à présent, traité cette affection.

L'extirpation, et surtout la cautérisation sont au moins inutiles.

(1) *Traité pratique des maladies cancéreuses.* Paris, 1851, page 682.



Jocour del

Visto sc.

Kéloïde

Imp. F. Chardon ainé, 30, rue Hautefeuille, Paris

Observation. — *Kéloïde du sein gauche. — Traitement par l'iodure de potassium. — Légère amélioration.* — Le 17 mai 1845, est entrée dans le service de M. Cazenave, la nommée Joséphine D., âgée de 18 ans, couturière, née à Paris.

Cette malade porte à gauche, au-dessus du sein, et un peu en dehors, une bande d'un tissu analogue, au premier aspect, à celui des cicatrices de brûlure. Cette bande, longue de 8 centimètres sur 2 et demi de largeur, dans sa partie transverse la plus étendue, est horizontalement dirigée au-dessus du sein, depuis l'aisselle où elle commence, jusque vers le tiers moyen de la mamelle gauche. Les deux extrémités de cette bande se terminent en pointe, en se perdant insensiblement dans l'épaisseur de la peau saine environnante. Cette plaque de kéloïde est courbée en bas, de manière à embrasser une partie de la base de la mamelle de ce côté; elle présente à son tiers externe un prolongement anguleux, dirigé en bas, sur lequel a été pris le grand diamètre transverse de la plaque: 2 centimètres et demi.

Le tissu qui constitue cette bande est d'un blanc jaunâtre, présentant à sa surface une légère vascularisation injectée en rouge. C'est surtout vers la partie moyenne de la bande, que l'on observe ces vaisseaux très déliés. La peau est intéressée dans toute son épaisseur, et même il semble que le tissu cellulaire sous-cutané partage l'induration. Lorsqu'on cherche à pincer cette bande de tissu pathologique entre les doigts, elle résiste, paraît élastique, presque cartilagineuse. L'épaisseur et la résistance sont plus considérables au milieu, tandis que les bords de la plaque semblent se confondre insensiblement avec la peau du sein. La partie malade n'est pas douloureuse, mais elle est un peu sensible à la pression et quelquefois de petits élancemens s'y font ressentir.

Antécédens. — Joséphine D. donne sur sa maladie les renseignemens suivans:

Aucun membre de sa famille n'a été affecté de maladie semblable, ou de maladie cancéreuse. Son père est robuste et bien portant; sa mère est morte d'une maladie aiguë, il y a 12 ans; elle n'a ni frère ni sœur.

Joséphine est d'une bonne constitution, elle n'a jamais éprouvé de maladies aiguës, si ce n'est la rougeole, à l'âge de 9 ans. Elle se porte habituellement bien. A 16 ans elle a été réglée pour la première fois, et la menstruation a toujours été régulière depuis cette époque.

Début. — Au mois de juin 1844, Joséphine D. ressentait depuis quelque temps de petites douleurs passagères dans le sein gauche, lorsqu'elle découvrit une petite tache blanche au-dessus de la mamelle; cette tache, large comme une pièce de 50 centimes, était déjà un peu dure et accompagnée de légers picotemens. Elle s'accrut peu à peu et gagna, en épaisseur et en largeur, sans que la jeune malade, retenue par un sentiment de pudeur, en fît part à sa famille. Bientôt la tache s'accompagna d'élancemens assez vifs, qui se représentaient à des intervalles irréguliers de quinze jours ou trois semaines. Enfin, Joséphine D., voyant que le mal augmentait toujours, se décida à prévenir son père, qui l'amena à l'hôpital dans l'état que nous avons précédemment décrit.

Prescription quelques jours après l'entrée de la malade:

Solution d'iodure de potassium, 8 grammes pour 250 grammes d'eau, trois cuillerées par jour; frictions sur la partie malade, avec un liniment camphré et laudanisé. Quatre portions d'alimens.

1er juillet. L'induration semble diminuer, il y a moins de dureté, la bande semble moins large; les élancemens sont plus rares.

21 juillet. La mensuration donne les résultats suivans:

Longueur.	7 centimètres et demi.
Largeur.	2 id.

Les fonctions continuent à être régulières, la digestion ne paraît pas troublée: on continue le traitement. Quelques douleurs névralgiques se font sentir dans les lombes, mais se dissipent d'elles-mêmes.

Le 17 septembre, Joséphine D. demande sa sortie. La kéloïde est revenue un peu sur elle-même, il semble qu'il y a eu retrait du tissu; l'induration semble avoir augmenté en profondeur, en raison de ce que la bande pathologique a perdu en largeur. Il n'y a plus d'élancemens.

LUPUS.

Synonymie : Ερπης εσθιομενος, *Papula fera,* des Latins; *Formica corrosiva,* des Arabes; *Dartre rongeante; Esthiomène,* d'Alibert.

Historique et définition. — Le *lupus* est une des maladies les plus graves de la pathologie cutanée, par sa fréquence, la multiplicité de ses symptômes, sa ténacité et surtout par les désordres qu'elle entraîne. A ce titre, elle mérite de fixer tout particulièrement l'attention des praticiens. L'observation permet de considérer aujourd'hui le lupus, non

plus seulement comme une maladie une, toujours la même, mais comme un type complexe, réunissant plusieurs formes, différentes par leurs phénomènes, leur marche, leur nature même, mais offrant un caractère commun, la dégénérescence des tissus affectés et la tendance à leur destruction.

Cette maladie a été bien évidemment connue des anciens, qui l'ont signalée, sous le titre général et vague d'*ulcère*, et aussi sous plusieurs dénominations spéciales : ainsi, c'était l'ερπης εσθιομενος des Grecs ; la *papula fera* des Latins ; la *formica corrosiva* des Arabes. Elle a été souvent confondue avec le *noli me tangere*.

Willan et Bateman lui ont donné, les premiers, le nom de *lupus*, désignation choisie, bien probablement, pour spécifier la nature destructive de cette affection. Alibert l'avait décrite, dans sa première classification, sous le titre de *dartre rongeante*. Plus tard, il en fit une variété des *dermatoses strumeuses*, en l'appelant le *scrofule vulgaire* ou *esthiomène*. Nous avons cru devoir, d'après Biett, lui conserver le nom de *lupus*, qui a l'avantage d'avoir une signification précise, distincte et très bien appropriée, d'ailleurs, à la maladie qu'elle désigne.

Il faut entendre aujourd'hui sous ce mot un groupe d'affections de la peau essentiellement chroniques, se présentant sous la forme, ou d'une rougeur particulière, ou de tubercules variables quant à leur disposition, ou même d'ulcérations ; mais, dans tous les cas, caractérisée par la dégénérescence et la destruction des tissus envahis, suivies de cicatrices indélébiles.

Le lupus a bien évidemment certains siéges de prédilection. Ainsi, il est surtout fréquent à la face et au nez. Il se présente le plus souvent, ensuite, au cou, à la partie supérieure de la poitrine, et enfin, aux extrémités. Il est bien probable que ces différences de siége se relient, en partie, aux différences de nature, que l'observation n'a pas encore permis de résoudre.

Division. Biett avait admis trois espèces de lupus : le *lupus qui détruit en surface ;* le *lupus qui détruit en profondeur ;* le *lupus avec hypertrophie*. Vraie dans la plupart des cas, cette division fut surtout très utile pour l'étude graphique de cette curieuse maladie. Nous l'avons acceptée comme base de nos travaux, sur ce point de la pathologie cutanée : nous la conservons même, au fond, comme on le verra quand nous ferons l'histoire du lupus. Mais, à mesure que le lupus nous était mieux connu, il devenait évident que le cadre ne suffisait plus à l'étude de chacune des formes qui ont individuellement plus de valeur qu'on ne paraît généralement le penser.

Nous décrirons donc successivement un *lupus érythémateux ;* un *lupus tuberculeux ;* un *lupus ulcéreux ;* un *lupus hypertrophique*.

Symptômes. *Lupus érythémateux.*—Cette variété, encore peu connue, est caractérisée par une rougeur limitée à certaines surfaces, superficielles, disparaissant sous la pression du doigt, ne s'ulcérant jamais, et donnant lieu à une cicatrice, sous forme d'usure et de décoloration de la peau, plutôt amincie que détruite.

Le lupus érythémateux se présente sous plusieurs formes, qui semblent liées entre elles par un rapport de gradation dans l'intensité des symptômes.

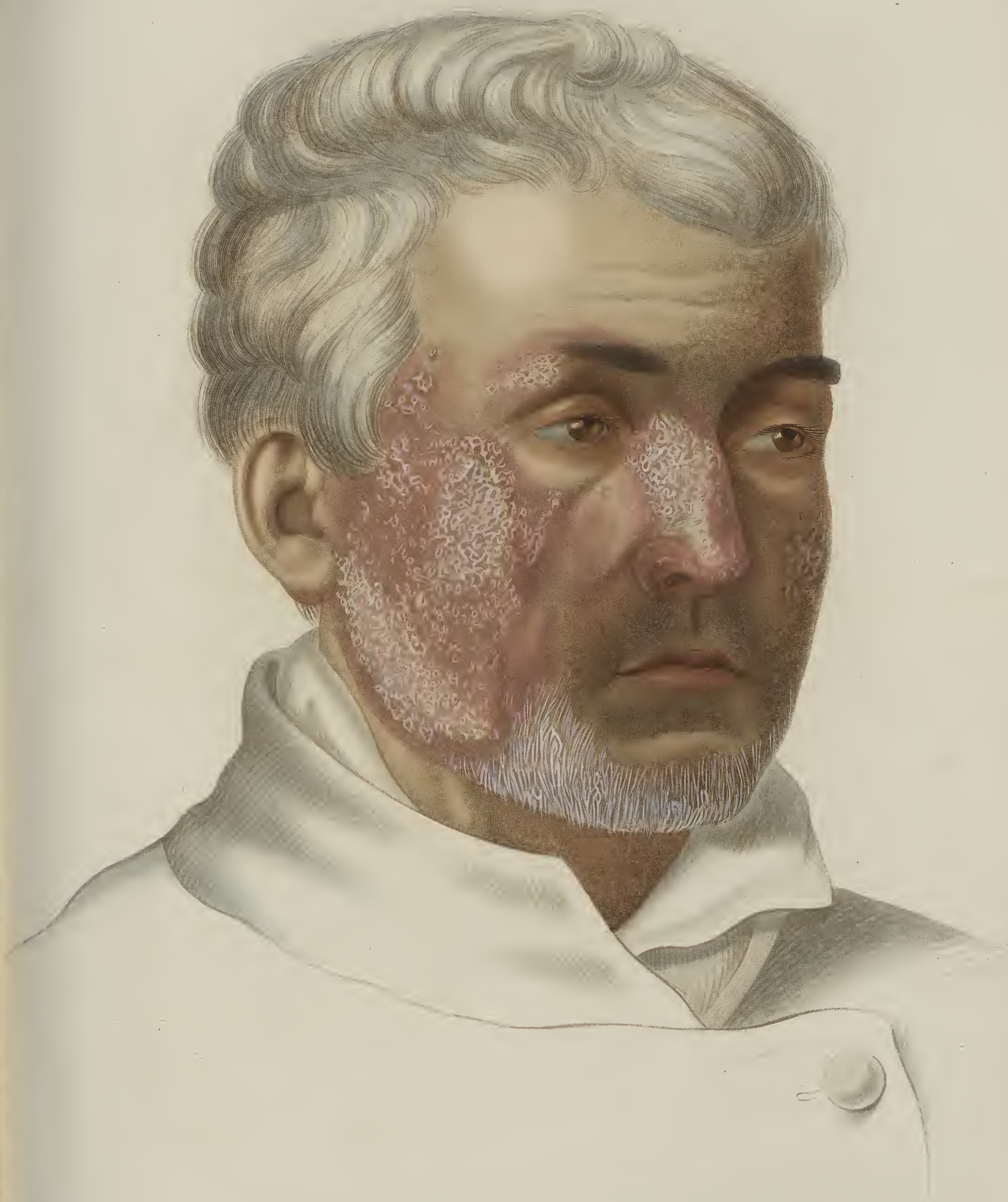
1° Dans quelques cas, le lupus érythémateux se manifeste sous la forme de plaques peu étendues, saillantes au-dessus de la peau, assez semblables à des plaques d'urticaire, mais plus molles, d'un rouge plus violacé. La peau est comme boursouflée ; la rougeur est constante. Il a une marche chronique. Mais, sous certaines influences, telles qu'un excès de régime, un violent exercice, une émotion morale vive, il se manifeste un véritable état congestif. Les plaques deviennent chaudes, un peu sensibles ; cet état passe assez rapidement. La rougeur qui disparaît toujours sous la pression du doigt n'est, en aucun cas, le siége d'une exfoliation épidermique. Jamais, non plus, elle n'est accompagnée d'autre lésion locale appréciable, ni de suintement, ni d'ulcération.

Quand la maladie se termine, c'est à la condition de laisser une cicatrice, ou plutôt un amincissement particulier, une sorte d'usure de la peau qui est décolorée, blanche, et reste légèrement boursouflée. Cette variété affecte de préférence les femmes à peau blanche, à vascularisation développée.

2° Le lupus érythémateux se présente sous une autre forme plus fréquente, bien que souvent méconnue. Dans ce second cas, il se manifeste à l'extrémité du nez, sous la forme d'une rougeur très luisante, ressemblant à une engelure. Le nez est gonflé, tendu, douloureux. Cette rougeur disparaît au bout d'un temps variable, mais pour revenir avec les mêmes caractères, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'elle reste permanente. Peu à peu aussi, elle devient le siége d'une exfoliation particulière, sèche, assez adhérente, translucide comme une pelure d'oignon. Cette squamme a cela de particulier, qu'elle ne recouvre pas toute la rougeur, mais qu'elle en occupe seulement la partie centrale. Si on l'enlève en totalité et si on l'examine à sa face interne, on voit qu'elle est parsemée de petites saillies régulières, correspondant aux orifices des follicules sébacés de la peau.

Cette variété peut, comme la précédente, offrir des recrudescences qui se conduisent à la manière de poussées congestives, avec des phénomènes d'acuité tels que, tension, chaleur et même douleur, mais sans produits secondaires d'inflammation.

Quand elle guérit, la rougeur disparaît peu à peu et laisse à sa place, la peau amincie, décolorée, une véritable cicatrice. Enfin, il y a eu là une déperdition de tissu ; ce phénomène semble tenir à un phénomène très curieux, à



Bocourt del.

Lupus érythémateux.

Imp. F. Chardon aîné. 30 r. Hautefeuille Paris.



Bocourt del

Visto sc

Lupus tuberculeux.

Imp. F. Chardon aîné 30, rue Hautefeuille, Paris.

l'altération et la diminution probables du corps muqueux. Quelquefois cette forme du lupus érythémateux persiste indéfiniment. Dans ce cas, la pellicule devient de plus en plus épaisse et adhérente ; mais, en aucun cas, elle ne se complique d'ulcération.

Cette variété semble particulière aux femmes d'un tempérament lymphatique ; ainsi, on l'observe surtout chez les jeunes filles molles, ayant la circulation capillaire peu active, sujettes aux engelures.

3° Il existe enfin une troisième forme de lupus érythémateux, plus curieuse peut-être. Elle siége aussi au nez ; mais on l'observe fréquemment aux joues et au cuir chevelu. Elle est caractérisée par des taches circonscrites, d'un rouge moins vif, qui se recouvrent bientôt de petites croûtes sèches, dures, assez adhérentes. Au visage, elles prennent l'apparence piquetée de l'*acne sebacea*. Elles ont une tendance à s'étendre et il n'est pas rare de les voir, partant du nez, par exemple, s'irradier sur les joues, sous forme de digitations rouges et gagner, soit le bord des paupières, soit la commissure des lèvres.

Si l'on examine attentivement ces croûtes, on voit qu'elles sont formées par l'agglomération de granules, semblables à des grains de sable et correspondant aux orifices des follicules sébacés. Elles sont très sèches, très dures, très adhérentes. Quand la maladie guérit, elles laissent à leur place des cicatrices gaufrées remarquables.

Au cuir chevelu, cette variété du lupus érythémateux s'annonce par la chute des cheveux, et par la présence de petites écailles grisâtres, sèches, très dures. Si l'on rase les parties malades, on voit çà et là des points dénudés, glabres : ce sont des cicatrices occupant des points précédemment envahis.

Cette forme ne semble nullement liée à la préexistence du tempérament lymphatique. Contrairement aux précédentes, elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Elle paraît, dans beaucoup de cas, se développer sous l'influence de causes externes. Ainsi, je l'ai vue souvent chez les individus exposés aux intempéries de l'air, comme les cochers, les courriers. On l'observe aussi de préférence chez les personnes en contact avec la chaleur d'un foyer ardent, ainsi : chez les cuisiniers, les forgerons, etc. Dans les autres cas, il ne m'a pas été possible d'apprécier l'influence d'une disposition diathésique.

Lupus tuberculeux. Cette forme de lupus est caractérisée par des élévations tuberculeuses plus ou moins dures, indolentes, sèches, se recouvrant d'une exfoliation épidermique plus ou moins prononcée ; très variables quant à leur disposition, quant à leur nombre et à leur marche, ces tubercules constituent plusieurs variétés très curieuses à étudier, au point de vue de leur physionomie, de leur évolution, de leurs résultats. Elles se rapportent à quatre espèces principales.

1° Le lupus tuberculeux est quelquefois constitué par un tubercule unique, mince, aplati, qui se développe dans les premiers temps de la vie, le plus souvent même, chez de tout jeunes enfans.

Cette variété se manifeste ordinairement à la joue, sous forme d'un *bouton* irrégulier, quadrilatère, d'une couleur fauve. Celui-ci se développe sans être accompagné de symptômes locaux, sans douleur, sans prurit, sans exfoliation apparente. Il peut rester stationnaire pendant un temps infini, limité à un point à peine saillant, du diamètre d'une lentille ; sa marche est essentiellement chronique ; je l'ai vu, après dix ans de durée, avoir à peine atteint les dimensions d'une pièce de vingt-cinq centimes. Il n'est jamais accompagné de symptômes d'inflammation, même sub-aiguë ; il n'est le siége d'aucun travail d'ulcération. Si on l'irrite par l'emploi de topiques trop actifs, alors il se recouvre de petites écailles sèches, grisâtres ; il peut s'étendre et envahir des points nouveaux, pendant que les surfaces, précédemment envahies, sont remplacées par des cicatrices.

2° Dans la seconde variété du lupus tuberculeux, les boutons sont tout d'abord multiples, peu saillans, mollasses, fauves ; il n'est pas rare de les voir se réunir en s'étendant, et former peu à peu une masse tuberculeuse, quelquefois considérable. Chaque tubercule est le siége d'une exfoliation lamelleuse très abondante, qui se reproduit facilement, et donne à la maladie un aspect squammeux qui, n'étaient la saillie irrégulière des plaques et leur implantation profonde dans les tissus, pourrait en imposer pour un psoriasis.

Quand la maladie a duré pendant un certain temps à cet état, on assiste alors au phénomène curieux d'une destruction souvent considérable de tissus, sans qu'il y ait eu d'ulcération. Sous l'influence d'un travail incessant de dégénérescence, d'absorption des tissus dégénérés, et de l'élimination de la peau, sous forme de sécrétion épidermique, les surfaces envahies sont remplacées par des cicatrices larges, blanches, parsemées çà et là de points fauves qui révèlent la persistance du lupus. Ces destructions peuvent être telles, qu'il en résulte des désordres graves tels que, l'éraillement des paupières, le rétrécissement des ouvertures naturelles. Quelquefois l'amincissement est tel, qu'il semble que tout le corps muqueux soit détruit et que la peau soit collée sur les os.

C'est la forme qui se rapproche le plus exactement de la variété que Biett avait décrite sous le nom de *lupus* qui détruit en surface. Elle a une marche si lente, si peu appréciable, qu'il n'est pas rare de voir les malades s'y accoutumer au point de ne pas concevoir d'inquiétude, et de n'appeler des soins que quand le danger est devenu, sinon irréparable, du moins très sérieux. Dans tous les cas, c'est toujours une forme grave qui appelle toute l'attention des praticiens.

3° Le lupus tuberculeux peut se manifester par des tubercules réunis en groupes, plus saillans, plus arrondis, et présentant cette circonstance toute nouvelle, que leur couleur n'est plus seulement fauve, mais qu'ils ont une

teinte d'un rouge sombre, qui se rapproche beaucoup de la teinte syphilitique. Ces tubercules sont aussi plus superficiels. Ils restent le plus souvent isolés, et s'ils deviennent le siége d'une exfoliation, cela n'a lieu qu'exceptionnellement et d'une manière peu marquée. Cela arrive surtout quand, à la longue, les tubercules se sont confondus par leur base et forment une plaque plus ou moins étendue.

Cette variété, pas plus que la précédente, ne se complique jamais d'ulcération. Cependant, elle ne disparaît qu'à la condition de laisser des cicatrices, formées bien évidemment, par usure et décoloration de la peau. Il faut remarquer aussi qu'elle est formée souvent de plaques multiples qui siégent ordinairement au cou et aux membres, mais qu'il n'est pas rare de rencontrer aux fesses, à la marge de l'anus, à la partie interne des cuisses, aux grandes lèvres. Dans ces derniers points, elles se présentent sous forme de plaques saillantes, inégales, ayant quelque analogie avec des surfaces végétantes.

Cette variété a moins que la précédente de tendance à s'étendre; aussi a-t-elle une marche plus chronique, si l'on peut dire ainsi.

4° J'ai observé enfin très souvent le lupus tuberculeux avec un ensemble de caractères qui en font une maladie très curieuse et très intéressante à étudier, au point de vue, non-seulement de ses symptômes, mais aussi de sa nature. Cette dernière forme est caractérisée par la présence de tubercules saillans, volumineux, arrondis, superficiels, disséminés irrégulièrement sur des surfaces plus ou moins étendues. Ces tubercules sont mollasses, d'un rouge sombre, presque cuivreux; ils sont tout à fait indolens. Leur marche est assez rapide; ils s'étendent, se réunissent par leur base, et se recouvrent d'une exfoliation épidermique, sous forme de lamelles minces, grises, très sèches. Ces tubercules s'affaissent et disparaissent lentement, laissant après eux des cicatrices blanches, tendues, légèrement déprimées.

La maladie est entretenue et continuée par la formation de tubercules nouveaux aux confins des surfaces primitivement envahies. Ces tubercules se comportent de la même manière, de sorte qu'au bout d'un certain temps, la maladie a successivement occupé des espaces souvent considérables, laissant après elle la peau parsemée de cicatrices larges, décolorées, lisses, se terminant, par brides continues, à une ligne formée d'une série de tubercules. Cette ligne figure assez bien une sorte de bourrelet rougeâtre, mollasse, avec ou sans desquammation, mais présentant les signes d'un travail sub-inflammatoire incessant.

Cette variété du lupus tuberculeux peut labourer ainsi, le dos, les épaules, la poitrine, les membres. Je l'ai vue, chez une jeune fille, commencer au-dessous des oreilles, contourner la région maxillaire, envahir tout le cou, et se limiter aux épaules et à la partie supérieure de la poitrine, de manière à figurer parfaitement une cravate.

C'est bien probablement à cette forme, qu'il faut rapporter la maladie décrite par M. Huguier, sous le nom d'*esthiomène de la vulve*. Seulement, il faut faire remarquer que jamais elle ne s'ulcère. C'est, je le répète, une affection très curieuse et très importante au point de vue pathogénique.

Lupus ulcéreux. Dans cette variété du lupus, la dégénérescence des tissus ne procède plus seulement par élimination ou par absorption de la peau altérée; elle a lieu par voie d'ulcération. C'est une affection toujours grave, et en raison du siége particulier qu'elle affectionne, et à cause des mutilations, souvent étendues, toujours irremédiables qu'elle entraîne.

Le lupus ulcéreux est caractérisé par des tubercules mous, aplatis, indolens, superficiels, reposant sur des surfaces œdématiées, que soulève un engorgement inflammatoire sub-aigu, mais sans autres phénomènes de phlegmasie, tels que la chaleur ou la rougeur. Ces tubercules s'ulcèrent à leur sommet et deviennent le siége d'une plaie irrégulière, humide, superficielle, baveuse, comme œdématiée elle-même. Cette plaie ne tarde pas à se recouvrir d'une croûte mollasse, assez épaisse, adhérente seulement à sa circonférence. Si on la presse avec le doigt, on sent qu'elle repose sur une ulcération fongueuse sur une surface comme macérée. Si on la détache, ou si elle tombe d'elle-même, cette croûte se reproduit pour disparaître de nouveau et laisser chaque fois une déperdition de tissus plus ou moins sensible.

Tels sont les caractères généraux du lupus ulcéreux; mais il se présente avec des différences de physionomie, de marche, qui constituent deux variétés: le *lupus ulcéreux superficiel* et le *lupus ulcéreux profond.*

1° Développé le plus ordinairement au visage, le lupus ulcéreux tend à envahir successivement, et de proche en proche, les parties qui l'avoisinent et à prendre ainsi un large développement. Cette extension a lieu par la formation incessante de nouveaux tubercules aux limites des surfaces d'abord envahies. Celles-ci sont, à mesure que la maladie s'étend, remplacées par des cicatrices blanches ou rosées, minces, lisses, bridées, si transparentes, qu'on croirait qu'elles vont se rompre sous le moindre effort. Il n'est pas rare, d'ailleurs, que ces points deviennent le siége de nouveaux tubercules qui, en s'ulcérant, détruisent les cicatrices.

J'ai vu cette variété du lupus labourer ainsi le nez tout entier, les pommettes, les joues, les tempes; gagner la paupière inférieure qu'elle éraille ou détruit complétement. Dans ce dernier cas, la peau se continue avec la conjonctive et il en résulte une déformation incurable de l'œil, sans parler des désordres que peut entraîner l'inflammation subséquente de la cornée. Dans d'autres cas, l'ulcération s'étend aux fosses nasales, gagne la voûte palatine et envahit les gencives qu'elle sillonne largement. C'est le *lupus ulcéreux superficiel.*

2° Dans le *lupus ulcéreux profond,* les choses se passent autrement. La maladie est bornée ordinairement à un



Bocourt del.

Visto sc

Lupus ulcéreux.

Imp. F. Chardon aîné, 30, rue Hautefeuille, Paris



Bocourt del. — Visto sc.

Lupus ulcéreux.

(Scrofule cutanée)

Labé, Edr

Imp. F. Chardon ainé, 30, rue Hautefeuille, Paris



Bocourt del.

Lupus hypertrophique.

Labé, Edr.

Imp. F. Chardon aîné 30 rue Hautefeuille, Paris

point limité, au nez par exemple, soit à une aile, soit à l'extrémité de cet organe. Elle s'y annonce par un gonflement comme œdémateux; la peau boursouflée, mais molle, devient le siége d'une rougeur violacée, luisante, mais sans que la surface envahie soit affectée d'aucun sentiment de chaleur ou de douleur. La peau dégénérée s'ulcère, et la plaie se recouvre d'une croûte molle, peu adhérente, qui, en tombant, laisse voir une perte de substance peu marquée d'abord. Elle se reforme, pour retomber de nouveau, et laisse à chaque fois une destruction plus profonde, jusqu'à ce que, selon le siége du mal, ou l'extrémité, ou l'aile du nez, soit complétement détruite.

Quelquefois les croûtes restent stationnaires; le gonflement devient de plus en plus considérable; les surfaces sont comme spongieuses. Dans ce cas, les ravages du lupus s'exercent sans que l'on s'en aperçoive : seulement, la persistance et la gravité de la dégénérescence sont traduites par l'écoulement de sanie fétide que laissent échapper les fosses nasales. Dans certains cas, le lupus ulcéreux profond débute par des tubercules lisses, aplatis, d'une teinte violacée, indolens, qui donnent lieu à des ulcérations persistantes et à des destructions plus ou moins rapides et complètes des points affectés.

On a pu voir, dans les cas de lupus ulcéreux profond, la dégénérescence de la peau se modifier et s'arrêter spontanément, après une destruction partielle. Le plus souvent, si on ne l'enraye pas par un traitement rationnel, elle persiste et exerce des ravages qui varient d'ailleurs dans leur étendue définitive et aussi quant à leur rapport avec la durée de la maladie. Ainsi, le nez peut être détruit complétement ou en partie; ainsi encore, après plusieurs années, le mal n'a fait que peu de progrès, tandis qu'ailleurs il aura, en quelques semaines, détruit des surfaces considérables.

Cette variété répond parfaitement à l'espèce que Biett a décrite sous le nom de *lupus qui détruit en profondeur*. Elle siége exclusivement au visage; car il n'est pas possible d'y rapporter les cas de dégénérescence secondaire de la peau, que l'on observe aux mains et aux membres, et qui appartiennent bien évidemment à la scrofule cutanée.

Lupus hypertrophique. C'est la forme la plus rare du lupus; celle qui s'éloigne le plus des conditions phénoméniques que présentent les autres espèces : c'est aussi la plus tenace.

Le lupus hypertrophique est caractérisé par des tubercules qui ne s'ulcèrent jamais, par des cicatrices, mais surtout par un gonflement souvent considérable des parties affectées.

Cette forme débute à la face, qui en est le siége exclusif, par des tubercules saillans, aplatis, fauves, réunis par leur base et reposant sur une surface tout d'abord légèrement boursouflée. Le tissu cellulaire sous-jacent devient le siége d'un engorgement qui augmente peu à peu, mais en restant toujours indolent, et peut acquérir un volume considérable. En supposant, par la pensée, l'hypertrophie poussée à ses dernières limites, et j'en ai vu souvent des exemples, en y ajoutant cette circonstance que la peau est devenue violette, presque noirâtre, on peut se faire une idée des déformations que subit la face. Les yeux ont disparu au milieu des saillies que forment le front et les paupières, énormément tuméfiées; les joues sont tendues par un boursouflement affreux; les lèvres épaissies, renversées, sont changées en deux bourrelets lisses, tendus, et cet ensemble d'altération imprime à la physionomie du malade un aspect repoussant. Ceci n'est pas tout : sur ces surfaces déformées apparaissent çà et là des taches fauves, quelquefois légèrement saillantes, qui ne sont autre chose que les tubercules perdus dans la masse hypertrophique. Ces taches ont une résistance qui annonce qu'elles pénètrent profondément dans les tissus : elles donnent lieu à une desquammation plus ou moins abondante qui révèle le travail de destruction des tissus. Dans quelques endroits, elles sont remplacées par des cicatrices légèrement déprimées.

Le lupus hypertrophique représente exactement la variété que Biett décrivait sous le nom de lupus avec hypertrophie. C'est une maladie toujours longue, très tenace, difficile à guérir. Nous avons dit qu'elle siégeait spécialement au visage; cependant, j'ai vu plusieurs fois le lupus des membres se compliquer d'hypertrophie. Mais alors celle-ci est un caractère purement accidentel. Elle constitue d'ailleurs non plus seulement une boursouflure générale des tissus, mais une tumeur fongueuse, molle, souvent très proéminente, ressemblant assez bien à des végétations.

Telles sont les différentes formes sous lesquelles peut se présenter le lupus. Nous allons voir bientôt que la division admise pour la symptomatologie de cette curieuse affection, n'est pas seulement intéressante au point de vue de son histoire, mais qu'elle a aussi bien probablement une grande importance sous le rapport des différences de nature qui séparent des variétés déjà si différentes par leurs phénomènes.

Causes. L'étiologie du lupus a été, par presque tous les auteurs, ramenée à des termes, sinon très exacts, au moins très simples. Ainsi on a généralement attribué cette maladie, sous toutes ses formes, à l'influence du tempérament scrofuleux exagéré; on ajoutait à cette cause intime certaines circonstances ou accessoires, ou accidentelles.

En effet, l'observation a établi d'une manière positive que le lupus se développe à peu près exclusivement dans la première ou la seconde enfance. On ne l'observe qu'exceptionnellement sous certaine forme, du moins à son début, chez l'adulte. Autrement il n'y a pas d'exemple qu'on l'ait vu se manifester, pour la première fois, au milieu de la vie. Il n'est pas rare, au contraire, que, par des progrès insensibles, il se continue jusqu'à un âge assez avancé.

Cette particularité relative à l'âge est très importante, puisque, dans quelques cas, elle devient un élément précieux de diagnostic.

Bien que le sexe ne paraisse pas constituer une prédisposition bien marquée au lupus, cependant cette affection est plus commune chez la femme que chez l'homme. On a attribué cette circonstance à ce que, chez elle, le tempérament lymphatique serait plus développé.

On a reconnu aussi que le développement du lupus était favorisé par certaines conditions d'hygiène générale. Ainsi, on l'observe chez des individus qui, jusqu'alors indemnes, en ont été affectés à la suite d'un séjour dans des habitations malsaines, sous l'influence d'une alimentation mauvaise ou insuffisante. C'est même à cette cause que l'on attribue la fréquence du lupus dans les campagnes, surtout là où la malpropreté se joint à la misère.

On a invoqué aussi l'hérédité comme une des causes du lupus. Cela est vrai, mais seulement dans le sens de la transmission héréditaire de certaines prédispositions diathésiques dont il ne serait que l'expression.

On a fait valoir enfin l'incurie des parens, une constitution chétive, l'influence de certaines maladies antérieures. Mais, quoi qu'il en soit de ces causes, il est évident qu'elles disparaissent toutes plus ou moins devant ce grand fait, qui a dominé jusqu'à présent l'étiologie du lupus, l'influence du tempérament scrofuleux.

Sans doute il n'est pas permis de nier cette influence. Nous l'avons reconnue et admise; nous l'admettons encore aujourd'hui. Seulement, il nous semble résulter des faits mieux observés qu'elle est loin d'être aussi générale, aussi absolue qu'on l'a cru jusqu'alors; que, si elle apparaît encore d'une manière irrécusable dans un grand nombre de cas, il faut toutefois la restreindre dans une catégorie de faits, en dehors desquels l'expérience permet de constater les résultats d'autres conditions pathogéniques non moins importantes.

C'est là un des points les plus intéressans et aussi les moins connus de l'histoire du lupus. Sans doute, il reste bien des obscurités à faire disparaître, bien des vérités pratiques à préciser; cependant des recherches persévérantes m'ont permis d'établir, que le lupus est un type complexe formé d'un certain nombre d'affections, communes par leur tendance à détruire les points affectés, mais différentes entre elles, non-seulement par leurs symptômes, mais encore par leur nature dont ceux-ci sont l'expression.

Les conditions d'étiologie organique au milieu desquelles elles se produisent peuvent se rapporter à trois ordres principaux qui répondent aux diverses variétés que nous avons admises pour la description symptomatologique du lupus : à l'influence du tempérament lymphatique exagéré ; à certaines conditions particulières de tissus ; à la syphilis.

La diathèse scrofuleuse est évidemment la cause la plus fréquente du lupus. Mais il est certain aussi que, dans ce cas, la maladie prend une physionomie qui lui est propre, a une marche particulière, revêt enfin des symptômes spéciaux. Ainsi, quand le lupus se manifeste chez des enfans à peau très blanche, très molle, ayant, en un mot, tous les attributs du tempérament scrofuleux, il se présente sous la forme de *lupus ulcéreux*. En raison des prédispositions à la dégénérescence qu'il rencontre, il opère des destructions profondes et laisse après lui des difformités cruelles. Il agit enfin à la manière de la scrofule.

C'est aussi dans ces conditions que se manifeste le *lupus hypertrophique*. Les phénomènes que nous avons assignés à cette forme s'expliquent, en effet, très bien par ce que nous savons de la tendance qui se révèle, chez les scrofuleux, à l'œdème et à l'engorgement des tissus.

Sur ce premier point, notre opinion est complétement d'accord avec les idées généralement admises sur la génèse du lupus. Il n'en est pas de même pour les deux autres; et cependant ils nous paraissent au moins aussi clairement établis par l'observation.

Dans un très grand nombre de cas, le lupus ne saurait plus être expliqué par la préexistence du tempérament scrofuleux. Il s'est développé chez des individus à peau fine, blanche, impressionnable, à constitution lymphatique peut-être, mais qui n'ont nullement les attributs de la scrofule. Qu'observe-t-on dans ce cas? Le lupus est toujours superficiel; il semble s'épuiser après une destruction tout extérieure, si l'on peut dire ainsi, des points affectés : il ne s'ulcère jamais. Il n'est pas possible d'expliquer cette marche anormale autrement qu'en admettant des conditions particulières et accidentelles de tissu, sous l'influence desquelles les maladies de la peau prennent une physionomie toute nouvelle, un cachet qu'elles n'ont pas ordinairement. Ainsi, on voit que, chez certaines personnes, ces maladies ont une tendance à prendre le type chronique, à récidiver, à devenir permanentes, sans qu'il soit possible d'ailleurs d'en trouver la cause dans des circonstances générales. On observe aussi que, chez certains individus, des affections toutes simples acquièrent une tendance à détruire les points affectés, alors que ces individus jouissent d'une bonne santé d'ailleurs et n'ont rien des attributs de la scrofule. C'est ce que l'on observe pour l'*érythème centrifuge*, pour l'*impetigo rodens*, et aussi pour une forme d'*acne sebacea* sur laquelle j'ai appelé l'attention des praticiens.

Eh bien, c'est à ces conditions particulières de tissu qu'il faut attribuer le développement des formes qui composent le groupe du *lupus érythémateux*. Pour le démontrer mieux encore, nous rappellerons que cette espèce se manifeste sous l'influence occasionnelle de causes externes, telles que l'influence de l'air vif, le rayonnement d'un foyer ardent, etc.

Enfin, il est aujourd'hui parfaitement démontré pour nous que, dans un grand nombre de cas, le lupus se produit

sous l'influence de la syphilis, et alors il est transmis héréditairement avec le principe diathésique qui lui donne un cachet distinct si remarquable. A plusieurs reprises nous avons appelé l'attention des praticiens sur les observations qui nous ont conduit à admettre un *lupus syphilitique:* j'ai décrit depuis long-temps cette forme très curieuse (1). Mais, ce qui n'était qu'une exception assez restreinte est devenu un fait beaucoup plus fréquent que nous ne l'avions pensé d'abord. Aussi, le moment nous semble-t-il venu de lui donner la place importante qui lui appartient.

Cette maladie se développe bien certainement dans un grand nombre de cas, sous l'influence d'une disposition syphilitique transmise par hérédité. Elle prend alors exclusivement la forme du *lupus tuberculeux,* surtout de celui qui détruit en larges surfaces. Il faut remarquer aussi que, dans ce cas, le lupus se manifeste ordinairement dans la seconde enfance, quelquefois même pendant la jeunesse.

Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce que l'on a décrit sous le nom de maladies vénériennes larvées. Seulement, le principe syphilitique est modifié par des conditions de tempérament qui prédisposent à l'expression particulière de la syphilis à la peau, qui donnent au lupus une physionomie spéciale qui n'est pas encore celle de la syphilis proprement dite, mais qui est plus que le type propre au lupus. Il en résulte une forme mixte, très curieuse à étudier au point de vue de sa marche, de son mode de destruction, de son traitement, plus fréquente qu'on ne le suppose; forme très diverse dans son expression phénoménique, et de l'existence de laquelle il importe d'être prévenu, pour éviter, dans la pratique, des mécomptes jusqu'à présent demeurés sans explication.

En résumé, la pathogénie du lupus embrasse trois ordres de causes bien distinctes, répondant à des formes symptomatologiques distinctes aussi : le tempérament lymphatique exagéré, produisant surtout le *lupus ulcéreux* et le *lupus hypertrophique;* une disposition particulière et accidentelle des tissus, cause principale du *lupus érythémateux* et aussi de quelques formes du lupus tuberculeux ; la syphilis héréditaire, source fréquente et jusqu'alors inconnue du *lupus tuberculeux.*

Si l'on ajoute à ces considérations ce que nous avons dit des causes déjà connues du lupus, on aura le tableau complet des influences étiologiques et pathogéniques relatives à la production de cette curieuse maladie.

Diagnostic. Si l'on se rappelle les caractères du lupus, c'est-à-dire sa marche essentiellement chronique, sa nature indolente, sa prédilection pour certains siéges, son apparition exclusive pendant l'enfance ou la première jeunesse, mais surtout sa tendance à détruire les points affectés, la forme de ses ulcères, de ses croûtes, de ses cicatrices, il semble que cette maladie doive être toujours facile à reconnaître. Cela est vrai dans la plupart des cas; mais certaines circonstances peuvent rendre le diagnostic difficile et embarrassant. C'est ce qui arrive, surtout quand le lupus est à un état incomplet, quand il est dénaturé ou masqué par des symptômes accidentels.

Le *lupus érythémateux* peut être confondu soit avec l'*érythème papuleux,* soit et plus facilement encore avec l'*érythéma-pernio* ou *engelure.* Mais, pour le premier cas, les plaques du lupus sont peu nombreuses, souvent même il n'en existe qu'une seule; elles sont d'ailleurs persistantes, d'une teinte violacée, et ses traits diffèrent complétement de la marche plus rapide, de la confluence et de la rougeur vive des plaques ortiées. Dans le second cas, si la rougeur du lupus est luisante comme celle de l'engelure, elle en diffère par l'absence de la douleur, par ses disparitions et ses réapparitions successives, enfin par l'amincissement de la peau, que recouvrent des squammes transparentes, semblables à des pelures d'oignon, par les cicatrices qui lui succèdent.

A l'état tuberculeux, le lupus ne pourrait que difficilement en imposer pour une *acne indurata.* En effet, cette dernière affection est caractérisée par des indurations saillantes, oblongues, qui reposent sur des surfaces grasses, parsemées de tannes et peuvent être remplacées par des cicatrices saillantes aussi, molles, faciles à malaxer. Or, ces indurations n'ont rien de la physionomie des tubercules du lupus, qui sont toujours superficiels, aplatis, irréguliers, qui deviennent le siége d'une exfoliation plus ou moins abondante, qui donnent lieu enfin à des cicatrices dépressibles, irrégulières, bridées, comme transparentes.

Il serait plus facile de confondre les tubercules du lupus avec ceux de certaines variétés des syphilides. Il faut faire observer cependant que les uns et les autres ont des caractères propres, distincts, qui permettent de les séparer. Nous connaissons ceux qui appartiennent au lupus; il suffit, pour éviter l'erreur, de se rappeler que les tubercules syphilitiques sont plus saillants, plus volumineux, qu'ils ont une tendance presque fatale à s'ulcérer, que, s'ils se couvrent de squammes, celles-ci sont plus grises, plus sèches, plus adhérentes.

Mais la confusion serait surtout possible quand il s'agit d'établir le diagnostic entre une syphilide tuberculeuse franche, et cette espèce toute particulière du lupus qui se développe sous l'influence de la syphilis héréditaire. En effet, on retrouve dans cette dernière forme plusieurs des traits qui appartiennent à la syphilide tuberculeuse: la couleur, mais surtout la marche serpigineuse. Cependant, il est encore possible d'assigner à ces formes, si rapprochées qu'elles soient par leur nature, des caractères distincts qui permettent de les séparer. Ainsi, le lupus tuberculeux syphilitique se développe toujours dans l'enfance : la syphilide tuberculeuse n'apparaît, au contraire, qu'à l'âge adulte, ou à un mo-

(1) *Traité des syphilides.*

ment encore plus avancé de la vie. Le lupus a toujours, dans sa physionomie, quelque chose qui accuse la prédominance du tempérament lymphatique : sa teinte est moins franchement cuivrée, enfin, il ne donne jamais lieu à des ulcérations. Il est accompagné, par contre, d'une desquammation que l'on ne signale pas dans la syphilide et qui révèle le mode de destruction de la peau par élimination du tissu dégénéré.

A l'état ulcéré, le lupus a pu être pris, soit pour un *noli me tangere,* soit encore pour une syphilide. Cependant il se distingue de ces maladies par des différences qui peuvent toujours permettre d'asseoir un diagnostic certain.

Le *noli me tangere* est une affection cancéreuse, particulière à la vieillesse, caractérisée par des tubercules durs, circonscrits, très douloureux ; accompagnée d'une tuméfaction, souvent considérable, des parties molles, donnant lieu à un ulcère humide, renversé, siége de douleurs lancinantes, et qui détruit, non-seulement la peau, mais les cartilages et les os. Nous connaissons déjà les tubercules du lupus, nous n'avons pas à y revenir. Quant à ses ulcérations, leur caractère de mollesse, de superficialité, d'indolence à tous les états, suffit pour les séparer de celles du *noli me tangere.*

Pour distinguer l'ulcère du lupus de celui d'une syphilide pustuleuse ou tuberculeuse, il faut se rappeler, ce que nous venons de dire de la physionomie constante du lupus ulcéré, et le rapprocher de ce que nous savons des signes de l'ulcération syphilitique. Celle-ci, en effet, est profonde, à bords tuméfiés et taillés à pic, entourée d'une auréole d'un rouge cuivré. Le diagnostic doit être fondé aussi sur la comparaison des croûtes sèches, moins noires, moins adhérentes dans le lupus que dans la syphilide. Il peut être aussi très utile de remarquer que, dans le lupus, l'ulcération procède de dehors en dedans, tandis que dans la syphilide elle marche de dedans en dehors; qu'enfin, celui-là se manifeste toujours dans l'enfance; que celle-ci n'apparaît guère que dans l'âge adulte, ou plus tard.

Le lupus hypertrophique pourrait en imposer pour *l'éléphantiasis des Grecs.* En effet, cette dernière maladie est presque toujours accompagnée d'une hypertrophie plus ou moins considérable des traits de la face; mais alors, ce phénomène résulte du développement de tumeurs bosselées, inégales, mais isolées et séparées entre elles par des sillons très caractéristiques. Dans le lupus, au contraire, l'hypertrophie est continue, uniforme; elle soulève à la fois toute la partie affectée. Si cette différence ne suffisait pas pour établir le diagnostic, il faudrait se rappeler que l'éléphantiasis des Grecs est accompagné d'accidens qui lui sont tout à fait spéciaux tels que, l'insensibilité de la peau, l'aphonie, les désordres généraux, graves, etc.

La syphilide tuberculeuse siégeant au visage, se présente quelquefois avec une telle intensité, qu'elle produit une déformation des traits plus ou moins considérable. Dans ces cas, elle pourrait être confondue avec le lupus hypertrophique. Pour éviter cette erreur, il suffit de se rappeler que la syphilide, si hypertrophique qu'elle soit, est toujours caractérisée par des tumeurs tuberculeuses, saillantes, isolées; qu'il est toujours possible de les reconnaître dans la masse confuse que présente l'éruption, à cet état curieux. Elle est, d'ailleurs, accompagnée d'ulcérations que l'on ne trouve pas dans le lupus, où les tubercules mêmes semblent avoir disparu dans le gonflement général de la peau, et ne sont plus accusés que par des points rouges, apparaissant çà et là.

Siége et nature. Le lupus a pour siége de prédilection le visage. C'est là qu'il débute le plus ordinairement; on l'observe surtout au nez, aux joues, autour de la bouche. Quand il existe sur le tronc ou sur les membres, c'est qu'il a envahi secondairement ces parties. Cependant il n'est pas rare de le voir, sous certaines formes, se développer tout d'abord autre part qu'au visage. C'est ce qui arrive pour le lupus tuberculeux syphilitique, que j'ai vu occuper exclusivement les membres inférieurs, par exemple.

Ce que nous avons dit des causes et de la pathogénie du lupus, nous permet de ramener à trois points principaux ce qui a trait à la nature de cette maladie. Elle est idiopathique : c'est quand on la voit liée à ces conditions particulières du tissu, sans qu'il soit possible de saisir aucune influence organique générale appréciable : diathésique, quand elle est sous la dépendance de la syphilis transmise héréditairement : scrofuleuse enfin, quand elle a pour point de départ une constitution lymphatique exagérée.

Dans tous les cas, le lupus intéresse évidemment la peau tout entière; il s'y produit comme un dépôt albumineux qui tend à envahir les tissus environnans, susceptile, 1° d'être éliminé par une espèce d'exsudation; comme on le voit, d'après l'application de certains topiques; 2° d'être résorbé en laissant des cicatrices qui se forment sans plaie préalable; 3° de s'ulcérer et d'acquérir alors une double tendance à déterminer progressivement la dégénérescence et la destruction des tissus.

Pronostic. Le lupus est toujours une maladie grave, au point de vue et du siége qu'il affectionne, des désordres qu'il entraîne, et des cicatrices qu'il laisse après lui. Il faut ajouter à ces circonstances, que c'est une affection extrêmement tenace, qui peut persister pendant des années entières, qu'on ne modifie quelquefois qu'avec beaucoup de peine. Ce point posé, il faut reconnaître que le caractère sérieux du lupus varie selon la forme qu'il revêt, et aussi selon l'état où il se présente. Ainsi, le lupus ulcéreux est beaucoup plus grave que les variétés où la dégénérescence a lieu sans solution de continuité, que le lupus érythémateux, par exemple. Ainsi, le lupus ulcéreux lui-même a d'autant plus de gravité qu'il est plus ancien, plus étendu.

On a remarqué aussi que la maladie a surtout un caractère fâcheux quand elle se reproduit sur des points déjà affectés par d'anciennes cicatrices, quand elle se complique d'une tendance à l'hypertrophie, au boursouflement des tissus. Cette circonstance est très importante à noter chez les jeunes sujets d'un tempérament lymphatique très prononcé, et qui sont habituellement affectés d'un gonflement anormal des lèvres.

Le lupus n'est point grave en ce sens qu'il menace la vie des malades: il peut coïncider avec une bonne santé générale.

Traitement. On s'est demandé long-temps si le traitement du lupus devait être général ou local; on a pu même mettre en avant cette opinion que, le lupus étant une maladie incurable, le choix des moyens employés pour la combattre était complétement sans importance. C'est là une erreur contre laquelle proteste l'observation clinique. Sans doute le lupus est une affection tenace, mais on peut toujours espérer la modifier heureusement; l'expérience a démontré même qu'il cède plus facilement, en général, que d'autres affections moins graves en apparence, que le psoriasis, par exemple.

Le traitement est à la fois général et local; il varie d'ailleurs, selon la forme du lupus que l'on est appelé à combattre.

Le lupus érythémateux demande, à l'intérieur, l'emploi des sudorifiques, de la salsepareille, du gayac, du daphne mezereum. Leur administration suffit souvent pour produire un très bon effet, qui est aidé, d'ailleurs, par l'usage des bains et des douches de vapeurs, des lotions ammoniacales. Ces moyens agissent en produisant une excitation locale, qui influe heureusement sur la marche de la maladie.

Dans les formes de lupus tuberculeux que j'ai appelées mixtes, j'ai obtenu d'excellens résultats de l'emploi, à l'intérieur, des préparations mercurielles ou iodurées. J'ai vu des exemples de lupus syphilitiques complétement modifiés, sous la seule influence d'un traitement par le proto-iodure de mercure ou l'iodure de potassium, continué avec persévérance pendant quelque temps. Ordinairement je conseille, tous les jours, une cuillerée de sirop de Portal additionné, concurremment avec une cuillerée d'huile de foie de morue. Ce traitement combiné répond à la double indication que j'ai signalée, en parlant de cette curieuse variété.

Pour le traitement interne du lupus ulcéreux ou scrofuleux, on a préconisé tour à tour l'huile animale de Dippel, depuis 5 jusqu'à 25 gouttes par jour; la tisane de Feltz, les pilules de chlorure de Baryum au vingtième, mais surtout les préparations arsenicales; la solution de Pearson, de 1 à 4 grammes; la solution de Fowler, de 4 à 12 gouttes; les pilules Asiatiques. On a vanté surtout l'huile de foie de morue qui est, en effet, un très bon moyen, mais qui a l'inconvénient de n'être pas assez facilement supportée par tous les malades, surtout à haute dose. Je lui préfère le chlorure de calcium, qui est un agent très efficace, avec cet avantage si précieux dans le traitement d'une maladie toujours longue, d'être facilement et long-temps toléré. Je l'administre en solution, à la dose de 15 grammes pour 500 grammes d'eau distillée. J'en fais prendre de deux à trois, ou même quatre cuillerées par jour, dans une petite tasse d'une infusion amère. Sous l'influence de ce traitement, j'ai vu les formes, en apparence les plus graves, du lupus scrofuleux, se modifier très heureusement. Des faits de ce genre ne constituent sans doute que des exceptions; mais si rares qu'elles soient, ils suffisent à démontrer toute l'importance du rôle que joue le traitement interne dans la thérapeutique du lupus.

Le plus souvent, les agens internes sont insuffisans pour amener la guérison de cette maladie, si persévérans, si énergiques qu'on les suppose d'ailleurs; il faut aider leur action de l'emploi d'autres moyens, qui constituent le traitement externe.

L'observation ayant démontré que les lotions ou les pommades étaient à peu près sans efficacité pour enrayer ou guérir le lupus, on était arrivé à cette donnée empirique que, ne pouvant modifier le mal, il fallait le détruire. De là l'emploi, en désespoir de cause, des caustiques, moyen violent, mais si universellement accepté, qu'il a été long-temps et est encore, pour beaucoup de praticiens, le seul remède aux ravages du lupus.

On a, d'ailleurs, employé à peu près tous les caustiques connus, depuis le fer rouge jusqu'à la pâte de Vienne. On en variait le choix selon l'effet que l'on voulait produire, selon l'énergie que l'on voulait imprimer au traitement; mais le but poursuivi était le même, la destruction plus ou moins prompte et profonde du point dégénéré.

Le cautère actuel avait de tels inconvéniens, sinon de tels dangers, qu'il a dû être complétement abandonné.

On s'est servi, surtout chez les jeunes sujets, de la *poudre de Dupuytren*, formée d'un mélange d'acide arsénieux et de calomélas. C'est un caustique facile à manier, doux, trop doux le plus souvent, et qui n'a d'efficacité que là où les surfaces sont très peu altérées. On l'applique sur des points préalablement dénudés à l'aide de petits vésicatoires.

L'*huile animale de Dippel*, que l'on a employée au même titre, paraît agir, moins comme caustique, que comme modificateur de certains tissus, dans certaines formes du lupus. Ainsi, je m'en sers souvent quand la maladie a envahi les muqueuses. Appliquée à l'aide d'un pinceau, soit dans la bouche, soit sur les gencives, soit dans les fosses nasales, c'est-à-dire, là où l'emploi des caustiques énergiques est évidemment contre-indiqué, elle avive les tissus, sans produire d'irritation violente; elle les modifie et favorise le travail de cicatrisation; mais elle est complétement sans effet sur les surfaces non ulcérées de la peau.

Au premier rang des vrais caustiques, il faut placer le *nitrate acide de mercure*. Il paraît avoir une double action : une action locale, par la cautérisation rapide, plus ou moins énergique qu'il détermine; une action générale, suite de la modification qu'il doit imprimer à l'économie par son absorption. Cet agent est indiqué, particulièrement dans les cas où le lupus est accompagné d'une forte tuméfaction des tissus. On l'emploie alors en l'appliquant sur les surfaces malades, à l'aide d'un plumasseau de charpie largement imbibé. Cette application est suivie assez rapidement d'une très vive douleur, elle provoque la formation d'une croûte très adhérente, brune, qui, en se détachant, laisse une cicatrice d'autant plus déprimée, que le point était touché plus profondément.

Mais de tous les caustiques employés contre le lupus, ceux qui ont paru donner les meilleurs résultats, ou du moins les résultats les plus énergiques, sont la pâte arsenicale, la pâte de Vienne et le chlorure de zinc.

La *pâte arsenicale* a évidemment, comme le nitrate acide de mercure, une double action et, à ce titre, nous la préférerions aux autres caustiques. On l'emploie en la délayant et en l'étendant, à l'aide d'une spatule, sur une surface dénudée préalablement et large au plus comme une pièce d'un franc. Elle détermine une sorte d'inflammation érysipélateuse, accompagnée de gonflement du point touché, d'une violente douleur, et suivie de la formation d'une escharre avec croûte brune très dure, très adhérente.

La *pâte de Vienne* est un caustique très actif, dont l'application est très douloureuse, et qui n'a été employé que rarement, et encore dans les cas où il convenait de pratiquer une cautérisation très limitée. C'est un composé de potasse et de chaux vive en poudre.

La *pâte de chlorure de zinc* est un mélange composé d'une partie de chlorure de zinc et de deux parties de farine. Pour l'employer, on la délaye dans un peu d'eau; on en fait une pâte molle, que l'on étend sur le point que l'on veut cautériser, dans une épaisseur de 4 à 5 millimètres. Le point touché devient le siége d'une douleur très vive, qui augmente et persiste pendant plusieurs heures. Il s'y forme ensuite une croûte mince, mais très sèche, très adhérente. C'est un caustique facile à manier, que j'ai employé, surtout, dans les formes du lupus non ulcéreux, et qui m'a donné souvent de très bons résultats.

Quel que soit, d'ailleurs, le caustique que l'on ait choisi, il faut toujours avoir présente à l'esprit cette règle, qu'il vaut mieux cautériser souvent et légèrement, que peu de fois et avec énergie. Il ne faut pas oublier non plus qu'il importe de ne pas provoquer trop rapidement la chute des escharres.

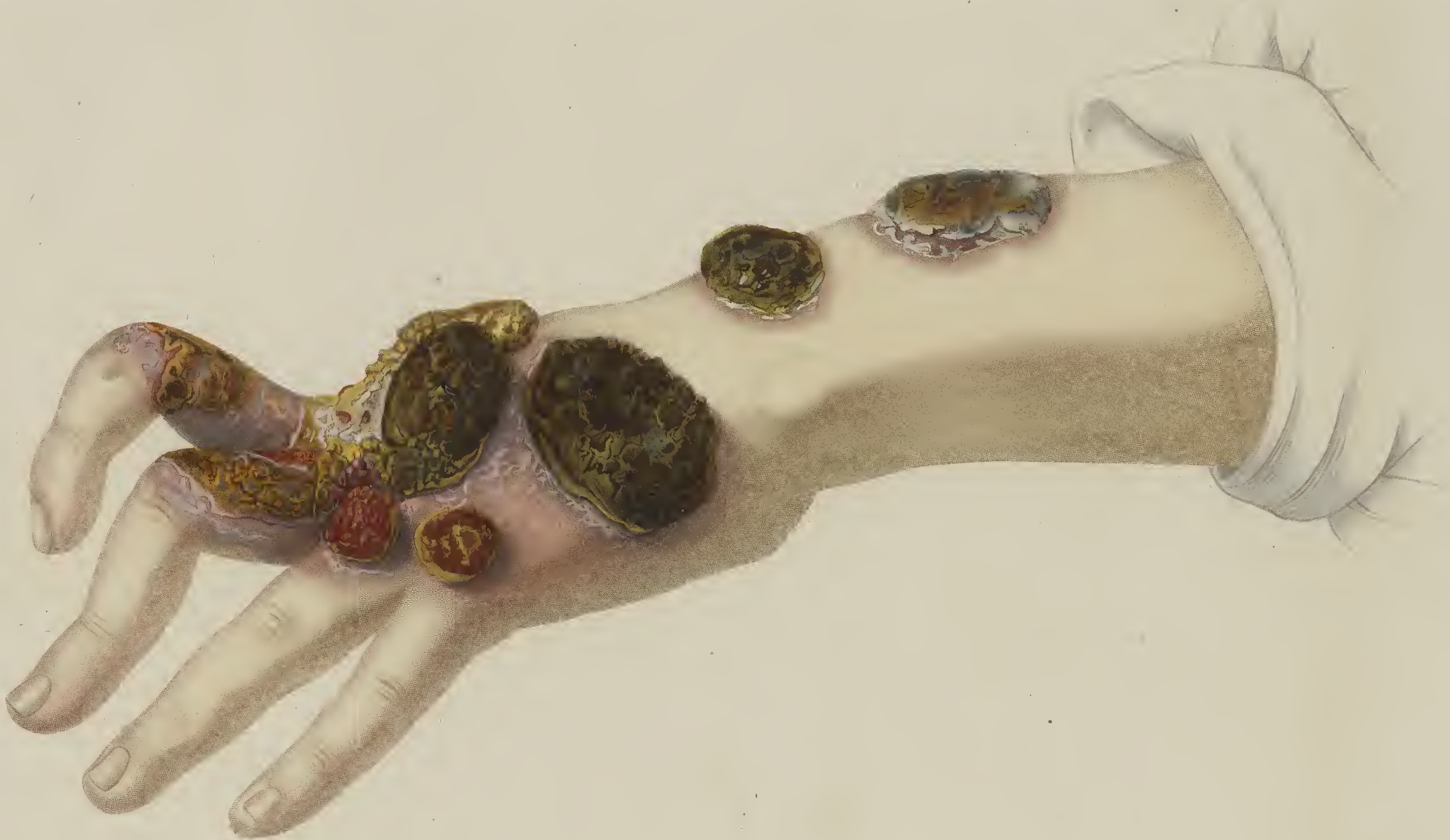
Les caustiques ont, sans doute, rendu de grands services dans le traitement du lupus; mais ils ont, je le répète, l'inconvénient de substituer, à un mal qui détruit, un remède qui détruit plus énergiquement, plus sûrement, qui ne saurait guérir qu'à la condition de produire des cicatrices indélébiles, quelquefois plus profondes, plus difformes que celles qu'aurait amenées le lupus. Cet inconvénient m'avait frappé depuis long-temps; et, d'un autre côté, j'avais observé que, dans un grand nombre de cas, le lupus était modifié très heureusement dans son état, dans sa marche, par des érysipèles survenus accidentellement pendant le cours de la maladie. En me plaçant à ce double point de vue, je pensai qu'il pourrait y avoir un grand avantage à trouver un topique qui produisît, artificiellement, une irritation semblable à celle des érysipèles, et pourtant qui ne vînt pas en aide à la destruction produite par la maladie. J'ai été conduit ainsi à essayer le bi-iodure de mercure.

Ce médicament a été employé par Biett, mais seulement à de petites doses. Cette réserve, inspirée par la conscience de l'énergie du bi-iodure, ne permit pas alors de tirer de cet agent tout le parti qu'il était permis d'en attendre. A ces doses peu élevées, le bi-iodure produisait une excitation très vive, sans résultat décisif. Je l'employai à hautes doses, comme avait fait M. Paillard, pour cautériser certaines ulcérations syphilitiques, et j'obtins ainsi un caustique qui, appliqué au traitement du lupus, me semble appelé à rendre de grand services.

Sous l'influence des applications de bi-iodure de mercure, applications répétées souvent un grand nombre de fois, j'ai vu d'abord se manifester des inflammations locales vives, mais passagères; puis les points hypertrophiés se dégorgeaient; les tubercules affaissés ne tardaient pas à disparaître, laissant après eux des cicatrices molles, superficielles, lisses, de niveau avec le reste de la peau: j'ai vu ainsi les lupus les plus repoussans guérir sans laisser après eux d'autres traces qu'une peau amincie et semée çà et là de points blancs ou rouges, suivant l'ancienneté des cicatrices.

Pour être employé comme topique, le bi-iodure de mercure peut être dissous dans l'éther, incorporé dans l'axonge, ou suspendu et délayé dans l'huile. L'éther n'en dissout qu'une assez faible quantité (0,75 pour 50). Mêlé à l'axonge, il forme une pâte qui a l'inconvénient de se durcir rapidement et de devenir difficilement maniable. Je préfère donc l'employer suspendu dans l'huile. Je l'ai mêlé d'abord à parties égales; mais, comme au repos, l'huile se sépare promptement, le bi-iodure ne tardait pas à former au fond un culot qui pouvait, au bout d'un certain temps, ne plus être mélangé à l'huile. Pour éviter cet inconvénient, j'ai fait ajouter à ce mélange une partie d'axonge, qui en fait une pâte liquide très facile à manier. Voici à quelle formule je me suis arrêté: Bi-iodure de mercure, 15 grammes; Huile d'amandes douces, 10 grammes; Axonge, 5 grammes.

On applique cette pâte avec un pinceau, à l'aide duquel on dépose une couche légère sur les points que l'on veut modifier. Cette application est suivie bientôt d'une douleur si vive, qu'elle arrache des plaintes, des cris même aux malades. Elle commence au bout de dix minutes; en une demi-heure, elle a atteint son maximum d'intensité; elle



Bocourt del.

Lupus ulcéreux hypertrophique.

Labé Editeur

Imp. F. Chardon aîné ... rue Hautefeuille, Par

persiste pendant huit à dix heures. On voit en même temps se manifester, sur le point touché, un gonflement qui augmente peu à peu, et dure pendant vingt-quatre heures et même plus. Ce gonflement est accompagné d'une rougeur érysipélateuse qui s'étend au delà du point touché et peut, dans quelques cas, alors que l'aile du nez, par exemple, a été seule touchée, s'étendre à tout le visage. Il dure deux ou trois jours au plus. Ce qui est surtout remarquable, c'est que, dès les premiers momens de l'application du bi-iodure, il se forme autour du point touché une fluxion, suivie bientôt d'une véritable exsudation, comme plastique, qui se mêle au topique, le pénètre et forme, avec lui, une croûte molle d'abord, de plus en plus sèche et dure, comme cristallisée, peu adhérente.

Si le bi-iodure a été appliqué sur une surface non ulcérée, la croûte, en tombant, laisse le tubercule à demi effacé, ou une véritable cicatrice, plane, de niveau avec le reste de la peau. Si l'application a eu lieu sur un point ulcéré, la croûte est plus épaisse, plus adhérente. Quand elle tombe, l'ulcération est dégorgée, le fond apparaît couvert de bourgeons charnus, rouges, d'un bon aspect; la plaie est en voie de cicatrisation.

Ces phénomènes locaux sont quelquefois accompagnés d'un état général bien marqué, de courbature, de malaise, de faiblesse. Quelquefois même, j'ai observé des coliques, de la diarrhée, un commencement de salivation, symptômes qui ne laissent aucun doute sur l'action générale du bi-iodure absorbé.

En résumé, le bi-iodure de mercure, appliqué comme topique au traitement du lupus, a un double effet, une action locale irritante, et une action générale, qui concourent toutes deux à modifier profondément les ulcérations du lupus, à faire disparaître les lupus tuberculeux, des engorgemens volumineux, enfin, à guérir une maladie grave, par des cicatrices unies, solides, sans déperditions de substances plus ou moins difformes, comme cela avait lieu par l'emploi des caustiques proprement dits.

Comme il faut répéter fréquemment l'application du bi-iodure, c'est-à-dire tous les six ou huit jours, et comme elle est, en général, très douloureuse, il vaut mieux la limiter à de petites surfaces à la fois.

Je me sers exclusivement depuis plusieurs années du bi-iodure de mercure, et j'ai obtenu des résultats qui me permettent de dire que c'est aujourd'hui le meilleur topique que l'on puisse employer contre cette affreuse maladie. C'est un moyen de traitement des plus actifs et des plus sûrs, non-seulement pour obtenir la cicatrisation des surfaces ulcérées, mais encore pour guérir sans plaies, sans cicatrices difformes le lupus tuberculeux, le lupus hypertrophique, et même le lupus érythémateux.

Le traitement du lupus est puissamment aidé par l'emploi des bains et des douches de vapeur aqueuse. Celles-ci doivent être limitées à une durée d'un quart d'heure et a la température de 30 à 35° R.

Le malade devra être, autant que possible, mis à un régime doux, à une alimentation saine, placé dans de bonnes conditions hygiéniques.

Observation. — *Lupus avec hypertrophie. — Traitement interne par l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, le chlorure de baryum et de calcium, le sirop de Larrey. — Insuccès. — Quinze cautérisations avec le bi-iodure de mercure. — Guérison.* — Le 20 juin 1846 est entrée, salle Sainte-Marthe, n° 57, la nommée D... (Adélaïde), âgée de 19 ans, non mariée, née à Sallanche (Savoie), y demeurant. Cette jeune fille, d'une constitution robuste, d'une santé parfaite, offre les attributs du tempérament lymphatico-sanguin. Personne dans sa famille et dans sa parenté n'a été frappé d'une maladie semblable à celle qui lui fait demander son admission à l'hôpital. Elle a été réglée à 16 ans; la menstruation est régulière, mais peu abondante. Sa nourriture consistait principalement en fromages fermentés.

C'est vers l'âge de 12 ans que la maladie a débuté sur le menton par un petit bouton qui s'est recouvert d'une croûte. Longtemps le mal est resté ainsi borné, seulement la croûte qui tombait de temps en temps permettait de voir une plaie, dont les progrès s'étendaient toujours au loin. Puis de nouveaux boutons se sont montrés sur les joues, et ils ont suivi le même développement. Au fur et à mesure que les surfaces augmentaient d'étendue, les tissus subjacens se gonflaient davantage.

Vers l'âge de 14 ans, l'affection a acquis un développement plus rapide, et depuis cette époque, elle n'a jamais cessé de faire des progrès. La marche du mal a toujours été envahissante, et rien jusqu'ici n'a pu y mettre obstacle.

Adélaïde a été soumise chez ses parens à divers traitemens dont elle ignore la nature, mais qui n'ont jamais produit d'heureux résultats.

A son entrée à l'hôpital, ce qui frappe au premier aspect, c'est une hypertrophie considérable de la face, siége de l'affection. Le mal ne fait qu'une large plaque, sans intermédiaire de points sains, depuis l'angle droit de la mâchoire jusqu'à celui du côté gauche, plaque qui est limitée assez régulièrement, d'une part par l'angle cervico-mentonnier, et de l'autre, par une ligne transversale qui réunirait les deux pommettes en respectant le nez. Cette vaste étendue du visage est recouverte de croûtes brunâtres épaisses, assez adhérentes, mais détachées en quelques points, de manière à laisser voir des surfaces boursouflées, rougeâtres, formées par la réunion de bourgeons molasses, exubérans, qui sécrètent un liquide d'un gris sale peu épais. C'est principalement autour des lèvres que les croûtes présentent ces brisures longitudinales, phénomènes qui s'expliquent assez bien par les nombreux mouvemens dont elles sont le siége dans l'acte de la mastication. Aussi la malade est-elle obligée d'employer des soins extrêmes, pour empêcher le liquide sécrété de pénétrer dans la bouche, résultat même incomplétement obtenu, parce que les deux commissures sont ex-

coriées et recouvertes par ces bourgeons végétans dont j'ai parlé. Plus tard, nous verrons le tissu de cicatrice amener inévitablement, par sa rétractilité, un rétrécissement de l'orifice buccal.

La maladie se présente là avec des caractères d'envahissement et de progrès; mais tout autour, et principalement sur la joue droite, on voit des tubercules plats, peu saillans, rougeâtres, recouverts d'une pellicule grisâtre, sèche, qui n'est autre chose que l'épiderme altéré. Ces tubercules n'existent, au dire de la malade, que depuis six mois environ; si rien ne les arrêtait dans leur développement, on les verrait s'exulcérer à leur sommet, après un temps plus ou moins long et variable, se recouvrir, en s'élargissant toujours, de croûtes grisâtres et épaisses.

Pour compléter autant que possible la description de l'état actuel de cette maladie, il suffira de dire que les parties affectées sont le siége d'un gonflement considérable, non-seulement de la peau, mais encore du tissu cellulaire sous-jacent; cette hypertrophie s'accompagne, à la limite du mal, d'une couleur rougeâtre, livide, couleur qui est en général particulière à ce genre d'affection.

Le diagnostic de cette affection ne saurait être douteux; c'est un lupus avec hypertrophie.

21 juin. La malade est soumise au traitement suivant: tisane de chicorée sauvage édulcorée avec 50 grammes de sirop de gentiane, une cuillerée par jour d'huile de foie de morue, qu'on augmente graduellement jusqu'à quatre cuillerées; cinq portions.

Ce traitement, suivi régulièrement pendant six semaines, n'amena pas d'amélioration notable, même état des croûtes, même suintement.

10 août. On remplace l'huile de foie de morue par l'iodure de potassium, qu'on éleva jusqu'à la dose de 8 grammes par jour dans un litre de tisane de salsepareille. Bains sulfureux tous les deux jours.

Ce traitement fut continué avec persévérance pendant 15 mois environ; il n'y eut que de rares interruptions, et pendant quelques jours seulement: même insuccès. Quelquefois les croûtes tombaient; alors on voyait des plaies baveuses, saignantes, inégales, ichoreuses, sur lesquelles de nouvelles croûtes ne tardaient pas à se former. Les tubercules naissans, qui étaient intacts à l'époque de l'entrée de la malade, s'étaient exulcérés et recouverts de petites croûtes brunâtres et épaisses; le mal faisait donc des progrès. Santé générale bonne.

15 novembre 1847. La malade est soumise à un nouveau traitement; elle prend par jour: trois cuillerées à bouche de sirop de Larrey additionné, et cela pendant trois mois; tisane de salsepareille édulcorée avec le sirop sudorifique. On cautérise de temps en temps avec l'huile animale de Dippel les surfaces fongueuses que laisse à nu la chute des croûtes.

Ce traitement commença à produire de bons résultats. Sous son influence, le gonflement de la face diminua un peu; les plaies se nivelaient aussi; la sécrétion était moins abondante; les croûtes, quand elles se reformaient, étaient moins épaisses.

Février 1848 jusqu'en août 1848. La malade fait usage sans résultat, tantôt des pilules de chlorure de baryum, tantôt de la solution d'hydrochlorate de chaux. Toutefois, il n'y eut pas aggravation du mal qui semblait rester stationnaire.

Août 1848. M. Cazenave commença à cautériser avec le bi-iodure de mercure: jusqu'au mois d'août 1849, on fit quinze cautérisations. Une amélioration réelle data de cette époque. Peu à peu les croûtes sont tombées pour ne plus se reformer; les surfaces suintantes, devenues plus unies, se sont cicatrisées entièrement. Le gonflement surtout, qui lors de l'entrée de la malade était dur, rénitent, a subi les plus heureuses modifications: il a disparu; les tissus ont repris presque leur souplesse normale. Les cicatrices sont encore rouges, superficielles, excepté au menton, où existe une bride assez apparente, blanchâtre. Le tissu cicatritiel, formé aux commissures des lèvres, a rétréci d'un tiers environ l'ouverture buccale.

Tel est l'état de la malade au 1er septembre 1849. Il est très satisfaisant, et la guérison sera complète.

Tisane de chicorée sauvage. Douches de vapeur tous les deux jours. Matin et soir, une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue.

Ce traitement fut continué jusqu'au 15 juin 1850, époque à laquelle la malade quitta l'hôpital, entièrement guérie, ne présentant que des cicatrices blanchâtres, superficielles, excepté au menton et aux commissures, où le tissu inodulaire forme de véritables brides. Les traits de la face sont réguliers. Tous les tissus ont recouvré leur souplesse normale.

CANCER DE LA PEAU.

Cancer des ramoneurs; ulcère chancreux; noli-me-tangere; cancroïde.

Sous le nom de *cancer de la peau*, jusque dans ces derniers temps, on a confondu des tumeurs de diverse nature, que des études récentes et surtout des études microscopiques tendent à séparer.

On a appelé *noli me tangere*, par exemple, tantôt un ulcère squirrheux du visage, tantôt un bouton qui n'avait rien de cacinomoteux, souvent enfin, comme je l'ai déjà dit, en parlant de l'*acne sebacea* partielle, une maladie tout à fait bénigne.

Pour ne parler ici que des tumeurs qui appartiennent pathologiquement à la famille du cancer, on a admis aujourd'hui un cancer vrai de la peau, caractérisé par le tissu squirrheux ou la matière encéphaloïde, et une espèce de tumeur, qui ne serait pas tout à fait, ou pas du tout, le cancer, une tumeur *épidermique* ou *épithéliale*, que M. Lebert a nommée *cancroïde*.

Si cette division n'est pas aussi tranchée au point de vue pathologique, elle l'est aujourd'hui très nettement sous le rapport anatomique.

Elle sépare des tumeurs qui consistent dans la formation d'un tissu nouveau, étranger à l'organisme sain, et des tumeurs qui résultent de l'hypertrophie, de l'augmentation de vascularité de tissus normaux.

Nous admettrons donc avec les auteurs modernes (1), le cancer de la peau proprement dit, squirrheux ou encéphaloïde, et le *cancroïde*.

Le caractère pathologique le plus tranché qui séparerait les deux tumeurs, c'est que les premières représenteraient un mal diathésique qui se généralise dans l'économie tout entière, et peut se reproduire dans un ou plusieurs points éloignés du siége primitif, tandis que le *cancroïde* serait un mal local, tout au plus susceptible de récidiver, dans le point où il aurait été enlevé.

Je ne vous entretiendrai que succinctement de ces maladies qui sont presque exclusivement du domaine chirurgical.

Squirrhe de la peau. Le squirrhe de la peau est la variété la plus commune du cancer cutané; il est caractérisé par des tubercules tantôt isolés, tantôt multiples, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une olive. Ces tubercules, plus fréquens à la face que partout ailleurs, après être restés, souvent indolens pendant très longtemps, finissent par devenir le siége de douleurs lancinantes.

Leur marche est ordinairement très lente; plus tard, ils s'excorient, se recouvrent d'une croûte, qui augmente d'épaisseur, et laisse apercevoir à sa chute, un ulcère irrégulier, à bords durs, renversés. Cette croûte, épaisse, jaunâtre, presque toujours sanguinolente, tombe et se renouvelle sans cesse.

Très souvent cette ulcération a pour point de départ une excoriation superficielle, une écorchure produite accidentellement par un coup, ou par l'action des ongles du malade.

A cette époque le mal se généralise, les ganglions correspondans s'engorgent, en même temps que le mal augmentant en largeur et en profondeur, la dégénérescence envahit les tissus sous-jacens, et la cachexie cancéreuse s'établit.

M. Velpeau a décrit sous le nom de *transformation ligneuse*, une variété ou squirrhe de la peau, qui occupe ordinairement une assez grande partie de la peau, qui est dure, épaisse, comme tannée.

J'en ai vu deux cas bien remarquables chez deux femmes: la maladie avait commencé par le sein; bientôt toute la partie antérieure de la poitrine, le cou, le creux de l'aisselle, furent envahis, et ne formèrent plus qu'une espèce de cuirasse assez unie, très dure, et comme légèrement déprimée.

Le cancer encéphaloïde de la peau, beaucoup plus rare que le squirrhe, se montre sous la forme de noyaux arrondis, d'un volume variable, durs, élastiques d'abord, qui finissent par se ramollir, ou bien est constitué par des tumeurs congéniales, des *nœvi*, qui, en dégénérant, deviennent le siége de dépôts de matière cancéreuse. Dans l'un et l'autre cas, ils se convertissent en ulcères, qui fournissent un fluide sanieux, se recouvrent de champignons, et sont à chaque instant le siége d'hémorragies redoutables.

Le cancer de la peau, s'il semble souvent se développer sous l'influence d'une cause accidentelle, d'une violence extérieure, reconnaît, comme celui des autres organes, une disposition particulière: comme lui, il est héréditaire; comme lui, il n'est pas contagieux.

Le squirrhe se montre surtout dans l'âge adulte et chez les vieillards; le cancer encéphaloïde est plus fréquent dans la jeunesse.

Nous avons vu déjà quels sont les moyens de distinguer le cancer de la peau, ulcéré ou non, des maladies avec lesquelles on pourrait le confondre, et notamment du lupus, des syphilides, de l'acne sebacea partielle. Les lésions élémentaires de chacune de ses formes ne sauraient permettre l'erreur avant l'ulcération; et plus tard, on ne pourrait confondre avec elle les ulcères à bords durs, renversés, plus ou moins profonds du cancer.

Le cancer cutané est toujours grave. Le squirrhe de la peau indique souvent la généralisation de ce mal terrible. Le cancer encéphaloïde ulcéré est plus grave que l'ulcération squirrheuse.

Le cancer primitif de la peau est celui qui offre le plus de chance de guérison. (*Michon, loco citato.*)

(1) *Du cancer cutané*, L. M. Michon. Thèse de concours. Paris, 1848. — *Traité pratique des maladies cancéreuses, etc.*, H. Lebert. In-8, Paris, 1851.

Malgré tous les moyens qui ont été proposés pour obtenir la résolution du cancer, ou la cicatrisation des ulcères cancéreux, le traitement est encore aujourd'hui tout chirurgical, il consiste dans la ligature, la cautérisation et l'excision.

Cancroïde de la peau. Au point de vue pathologique, je l'ai dit déjà, le cancroïde diffère peu du squirrhe; il débute par un petit bouton d'apparence verruqueuse, recouvert d'une petite pellicule qui est arrachée et reproduite sans cesse; ce qui entretient une irritation continuelle, et favorise le développement lent, mais progressif, de la petite tumeur. Un des caractères du cancroïde serait ce développement incessant de la petite tumeur qui, du volume d'un pois, pourrait aller jusqu'à celui d'une noix.

Plus tard, sous l'influence d'un travail hypérémique et d'une réaction inflammatoire, se forme l'ulcère chancreux, dont les progrès, masqués par la présence d'une croûte, sont incessans, et qui finit par détruire les tissus sous-jacens, en même temps qu'il s'étend en surface, et tout cela, sans altérer l'économie générale, au moins pendant bien long-temps.

Le siége le plus fréquent du cancroïde est le visage; il attaque indifféremment les deux sexes. Il se développe, en général, entre 40 et 50 ans.

Le cancroïde serait moins grave que le cancer, bien qu'il puisse récidiver aussi, mais sans cesser d'être une maladie locale. Reste, toutefois, la gravité des ravages, souvent très étendus qu'il peut faire.

Observation. — *Dégénérescence particulière des deux seins.* — P... (Anne), âgée de 59 ans, concierge, habitant Paris, entrée le 20 avril 1855, dans le service de M. Cazenave (salle Ste-Marthe, n° 51).

Cette femme est atteinte d'une dégénérescence des deux seins, mais bien différente, en apparence au moins, des deux côtés.

L'état du sein gauche qui a été pris le premier, est le suivant: toute la surface de la mamelle représente une large plaque d'un rouge violacé, de 15 centimètres de diamètre, constituée par des végétations inégales, pressées les unes contre les autres, sans interruption, sans laisser entre elles, excepté au pourtour du mamelon, aucune partie qui ressemble à la peau. Ces végétations, dont les plus volumineuses ont à peu près la grosseur d'un pois, saignent facilement quand on les irrite par le plus léger frottement, le sang s'en échappe même quelquefois spontanément, sans aucune cause apparente, capable de provoquer ces hémorragies qui ne sont, du reste, jamais abondantes. Cette surface végétante fournit continuellement en assez petite quantité, un liquide jaunâtre, ténu, d'une odeur nauséabonde.

On reconnaît au centre des parties malades le mamelon complétement rétracté avec son aréole. Cette partie centrale est rouge foncé, dure, adhérente aux tissus sous-jacens; les végétations y existent également, mais plus petites, moins saillantes, moins nombreuses que sur les autres points. La circonférence de la plaque est nettement limitée; elle est marquée par une saillie notable des parties malades sur la peau voisine: cette plaque repose sur des tissus durs, complétement adhérens et fait corps avec eux. La mamelle est peu proéminente, sans bosselures, sans autres inégalités que la saillie des végétations dont elle est recouverte. L'altération des tissus sous-cutanés ne semble pas se prolonger au delà des limites de ces végétations, car la peau y conserve sa souplesse, sa mobilité; le toucher n'y perçoit aucune induration, aucune irrégularité; le toucher n'y éveille pas de sensibilité anormale. Mais, si les tissus profonds semblent respectés en dehors du siége principal de la maladie, il n'en est pas tout à fait de même de la peau. Çà et là, en effet, autour des parties où la dégénérescence est complète, on trouve des groupes de végétations semblables à celles dont nous avons déjà parlé. La peau qui les sépare est parfaitement saine sur quelques points, mais ailleurs, elle est parcourue par de petits vaisseaux variqueux; on rencontre même quelques taches ardoisées de 1 centimètre de largeur à peu près, où l'on dirait que le sang est épanché dans le derme. Ces groupes de végétation sont au nombre de 5 ou 6 à la partie supérieure de la mamelle, on en trouve deux dans l'aisselle; on voit en outre, sur le côté externe du sein, deux de ces végétations isolées, chacune au milieu d'une de ces petites plaques ardoisées dont nous avons parlé.

La malade éprouve de temps en temps un sentiment de chaleur accompagné de vives démangeaisons dans les parties malades, mais pas, à proprement parler, de douleurs, et surtout pas de douleurs lancinantes. Cette sensation de chaleur se manifeste surtout quand l'écoulement sanguin dont le sein est le siége, est sur le point de paraître.

Plusieurs érysipèles légers se sont développés sur la peau du voisinage.

On ne trouve pas de ganglions dans l'aisselle.

Trois mois avant son entrée à St-Louis, cette femme a vu l'autre sein se prendre, mais d'une tout autre manière: tandis que le sein gauche avait acquis rapidement, au début de la maladie, un volume considérable, le sein droit se rétracta au contraire, de prime abord, au centre; le mamelon et son auréole commencèrent à se déprimer au-dessous du niveau des parties voisines, en même temps qu'ils devenaient plus durs. Peu à peu cette rétraction et cette induration s'étendirent du centre à la circonférence, et aujourd'hui le mal a envahi, non-seulement la totalité de la ma-

melle, mais encore les tissus qui l'entourent dans une zone de plusieurs centimètres, suivant toutefois une ligne très irrégulière. La surface de la tumeur offre un aspect un peu inégal; la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la glande, le tissu cellulaire profond et les muscles forment une seule masse, complétement immobile, intimement accolée à la paroi thoracique. La peau est grise, sèche, d'une dureté presque ligneuse; le mamelon est complétement déprimé au centre de la tumeur, la pression est indolente; il n'y a pas non plus de douleurs spontanées, pas d'engorgement des glandes axillaires.

L'état général de la malade était très bon lors de son entrée; bien qu'un peu pâle, elle avait encore un embonpoint raisonnable; elle éprouvait seulement, de temps à autre, des points douloureux dans le côté gauche de la poitrine.

Trois semaines après son entrée à l'hôpital St-Louis, elle succomba à une pleurésie.

A l'autopsie on trouva un épanchement considérable dans la plèvre droite; la plèvre gauche était complétement effacée par des adhérences.

Il existait dans le foie une dizaine de noyaux cancéreux dont les plus gros, visibles à la face supérieure de l'organe, avaient le volume d'un œuf de pigeon; tous les autres viscères étaient sains.

La glande mammaire gauche était transformée en un tissu lardacé, jaunâtre, avec quelques traînées blanches. Le muscle grand pectoral aurait subi la même dégénérescence dans sa partie interne.

La mamelle droite était également constituée par un tissu très dur, criant sous le scalpel.

Examen microscopique fait par M. Robin.

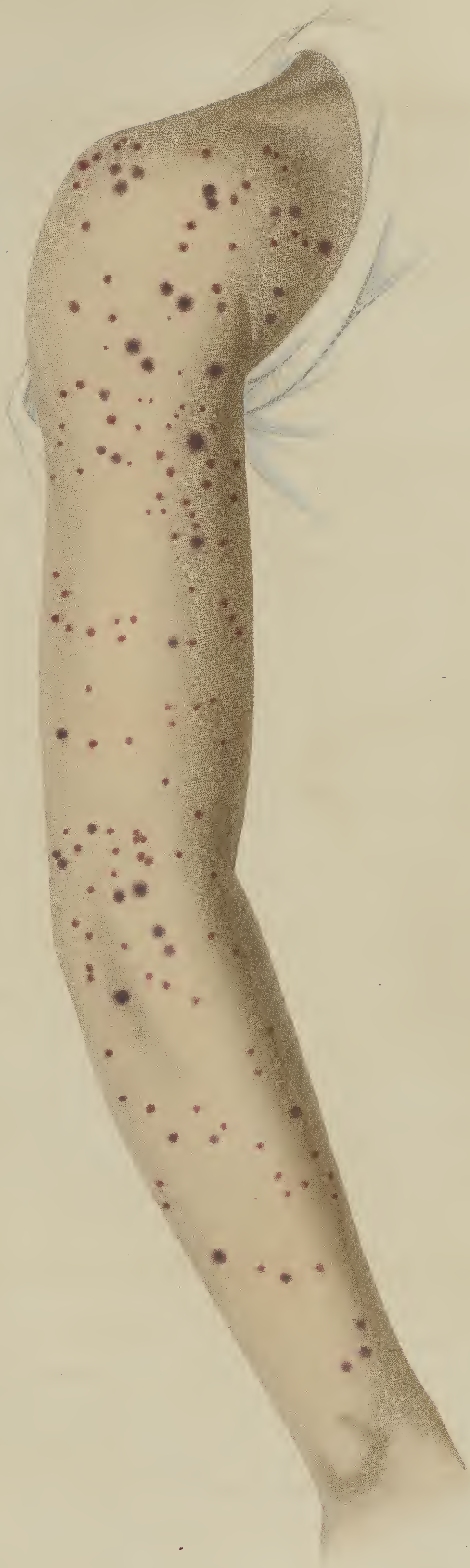
Examen de la peau du sein gauche. — La coupe du tissu présente un aspect gris, demi-transparent, n'offrant des faisceaux fibreux que dans sa partie profonde, qui se confond insensiblement avec le tissu cellulaire. Cette portion est médiocrement vasculaire; en la comprimant on en fait suinter un suc jaunâtre, demi-transparent, de consistance crémeuse, du suc cancéreux en un mot; ce suc suinte en médiocre quantité, le tissu présentant plus de consistance que l'encéphaloïde proprement dit; ce liquide, aussi bien que les fragmens du tissu dont on le fait sortir, aussi bien également que les fragmens du tissu bourgeonnant à la surface de la peau, présente des élémens cancéreux des plus caractéristiques, ce sont: 1° des noyaux libres, ovoïdes, ayant généralement de $0^{mm},012$ à $0^{mm},015$; ils présentent tous un et quelquefois deux nucléoles, jaunes et brillans, assez volumineux; 2° on y rencontre des cellules cancéreuses de forme très variable, ayant un diamètre de $0^{mm},020$ à $0^{mm},080$; ces cellules renferment toutes un, deux, et assez souvent trois, jusqu'à six noyaux semblables aux noyaux libres, où quelques-uns sphériques, assez généralement plus gros que les noyaux libres. Il est assez ordinaire de voir les noyaux contenus dans les cellules, plus grands que ceux qui sont libres; les cellules sont proportionnellement plus abondantes que les noyaux libres; les plus grandes et celles à noyaux multiples se rencontrent surtout dans les bourgeons végétant à la surface de la peau. Ces élémens, noyaux libres et cellules, nagent dans un liquide contenant des granulations moléculaires et des granulations graisseuses assez abondantes.

Une coupe de cette peau faite au niveau du mamelon montre une ligne de démarcation assez nette entre le tissu cancéreux, envahissant la peau et le tissu que forment les conduits galactophores, réunis par du tissu cellulaire. Le tissu cancéreux est gris-rosé, homogène; le tissu des conduits galactophores est gris-blanc, fibreux; en les comprimant, on fait suinter vers la partie profonde de la coupe (dans la portion où les conduits galactophores se continuaient avec le tissu mammaire qu'on avait séparé de la peau malade) des filamens, d'une matière qui a entièrement l'aspect blanc-jaunâtre, et la consistance de la matière sébacée qu'on fait sortir des tannes, des glandes sébacées comprises dans les tumeurs épidermiques de la peau, etc.; cette matière sort manifestement des conduits galactophores. Cette matière est constituée: 1° par des cellules d'épithélium pavimenteux, petites, telles qu'on les trouve, tapissant les conduits galactophores, mais cependant plus irrégulières et plus granuleuses que dans l'état normal; quelque-unes sont dépourvue de noyau. On y trouve aussi quelques noyaux libres, semblables à ceux que renferme l'épithélium de ces conduits. Ils sont ovoïdes et un peu plus granuleux qu'à l'état normal; on y rencontre en outre: 2° une très grande quantité de granulations moléculaires, formant proportionnellement une masse plus considérable de la matière sébacée, que les cellules épithéliales elles-mêmes. Les unes sont grisâtres, beaucoup sont graisseuses; les unes et les autres sont assez fréquemment réunies en petits groupes, dont les plus gros ont les dimensions des corpuscules du pus, mais s'en distinguant facilement par la régularité de leur forme. Telle est la composition du contenu morbide des conduits galactophores qui, ainsi qu'on le voit, n'a rien d'hétéromorphe.

Examen de la mamelle droite. — Le tissu mammaire présente une grande consistance; il est dur, impossible à déchirer, ne donnant aucune trace de suc; toutefois, çà et là, on voit sortir par de petits orifices une matière entièrement semblable à la crème. Au microscope elle en offre toute la composition, c'est-à-dire qu'elle renferme: 1° des globules de lait très abondans; 2° des corpuscules de colostrum, tout à fait semblables à ceux qu'on trouve dans le lait, immédiatement après l'accouchement. Il n'y a là aucun des élémens du cancer; le tissu mammaire ne présente absolument que du tissu fibreux, et, çà et là, des culs-de-sac mammaires pourvus de leur épithélium, mais ne devenant visibles qu'après l'action de l'acide acétique sur le tissu cellulaire.

Examen du foie. — Les tubercules morbides du foie donnent fort peu de suc, mais leur tissu présente un très grand nombre de cellules cancéreuses, à noyau ovoïde, offrant tous un ou deux nucléoles jaunes et brillans. Il y a des noyaux libres semblables à ceux contenus dans les cellules. Il n'est pas rare de voir des cellules contenant deux et même trois noyaux. Ces noyaux ovoïdes, leurs nucléoles jaunes et brillans, font facilement distinguer les cellules cancéreuses des cellules d'épithélium hépatique qui leur sont mélangées, et qui ont quelquefois les mêmes dimensions, mais ont toutes un noyau sphérique, et sont bien plus finement granuleuses.





Becourt del.

Purpura simplex.

Labbé, Editeur



CINQUIÈME GROUPE.

MALADIES HÉMORRHAGIQUES.

MALADIES CARACTÉRISÉES PAR LA PRÉSENCE DU SANG PLUS OU MOINS ALTÉRÉ HORS DES VAISSEAUX QUI DOIVENT LE CONTENIR.



Les maladies qui constituent ce groupe sont caractérisées par la présence du sang, plus ou moins altéré, hors des vaisseaux qui doivent le contenir.

La peau peut être le siége d'hémorrhagies, et suivant l'état du sang épanché, suivant la manière dont il se comporte dans le tissu cutané, il en résulte des phénomènes curieux, bien remarquables, qui constituent plusieurs affections bien distinctes.

Ou bien, qu'il soit ou non altéré, le sang est épanché, infiltré dans le tissu propre de la peau, et en même temps dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dans ce cas, tantôt c'est une affection locale, comme dans les *ecchymoses,* suite de violences extérieures, tantôt c'est un épiphénomène de maladies diverses, comme dans les *pétéchies*, tantôt enfin, c'est l'expression d'une maladie générale, toute particulière, d'un état anormal du sang, ou du système vasculaire, comme dans le *purpura.*

Ou bien, en conservant ses conditions normales, le sang se fait jour, sous forme de flux, à la surface de l'enveloppe tégumentaire intacte ou non : c'est la *dermatorrhagie ;* ou bien enfin, c'est un état tout nouveau, ou plutôt c'est une transformation de la partie cruorique, déposée dans les mailles du tissu de la peau.

Je n'ai rien à vous dire des *ecchymoses,* suite de causes directes, de violences extérieures ; pas plus que des *pétéchies* qui apparaissent dans les maladies graves, le typhus, la variole, la scarlatine, etc., mais j'appellerai votre attention sur le *purpura,* une des maladies les plus importantes de la pathologie cutanée, et je vous dirai ensuite quelques mots de la *dermatorrhagie* proprement dite, et de la *mélanose.*

PURPURA.

Hémorrhée, d'Adair ; *Hémacélinose,* de Pierquin ; *Scorbut de terre ; Pétéchies ; Morbus maculosus,* de Werloff ; *Ecchymose,* de Franck ; *Péliose*, d'Alibert ; *Purpura,* de Willan, Biett, etc.

Le *purpura* est caractérisé par la présence de taches, tantôt d'un rouge vif, tantôt d'une teinte violacée ; d'une étendue variable, ne disparaissant pas sous la pression du doigt.

Ces taches sont irrégulièrement répandues sur la peau. Elles peuvent exister en même temps sur quelques points des membranes muqueuses. Elles sont accompagnées quelquefois d'hémorrhagies.

On a souvent, dans le siècle dernier, employé le mot *purpura* pour désigner certaines modifications des formes exanthématiques. Willan, le restreignant à son véritable sens, a admis les cinq variétés suivantes : *Purpura simplex ; P. hemorrhagica ; P. senilis ; P. urticans ; P. contagiosa.*

Il n'y a pas de pourpre contagieux. L'histoire de cette variété n'est autre que celle des maladies graves, typhus et autres, dans le cours desquelles le *purpura,* sous forme de pétéchies, n'est qu'un épiphénomène.

Le pourpre des vieillards ne constitue pas une forme particulière, à moins qu'on ne veuille désigner ainsi ces lar-

ges taches, permanentes, qu'il est si fréquent d'observer à la partie inférieure des jambes ; mais qui, considérées en elles-mêmes, n'ont aucun caractère spécial, et ne présentent pas d'importance particulière.

Quant au pourpre, accompagné d'une éruption comme ortiée, c'est le plus souvent une complication, en faisant toutefois des réserves pour cette forme curieuse, dont je vous ai déjà parlé sous le nom de *urticaria tuberosa* (voir page 52).

Restent donc deux formes sous lesquelles il importe d'étudier cette maladie : le *purpura simplex* et le *purpura hemorrhagica*.

Purpura simplex (*petechiæ sine febre*). — Le pourpre simple consiste dans l'apparition à la peau de petites taches d'un rouge clair, permanentes sous le doigt qui les presse. Elles ne sont point accompagnées d'hémorrhagies.

L'éruption se fait en quelques heures, souvent pendant la nuit.

Les petites plaques se montrent d'abord aux membres inférieurs, aux cuisses, aux jambes ; puis, plus tard, au visage, au cou, aux bras, aux épaules.

Quelquefois les éruptions s'enchaînent de telle manière que quand les premières taches pâlissent, d'autres sont encore d'un rouge très-vif, et ainsi elles peuvent se succéder pendant un temps indéterminé.

Dans d'autres cas, les éruptions ne se font qu'à des intervalles très longs.

La durée du *purpura*, composé d'éruptions qui se font ainsi à des intervalles variables, est de trois à quatre septenaires; il peut se prolonger de dix-huit mois à deux ans.

J'ai vu des malades chez lesquels le pourpre, limité il est vrai à un point circonscrit, restait indéfiniment permanent. La durée individuelle des taches est de six à huit jours.

Quoi qu'il en soit, l'éruption est ordinairement précédée de malaise général, d'anoréxie, d'une céphalalgie légère. Elle peut cependant se produire sans aucun symptôme précurseur.

La peau se couvre de taches d'un rouge vif, plus foncées chez les vieillards. Elles sont irrégulièrement arrondies, discrètes ; elles dépassent rarement la largeur d'une lentille. Tantôt elles prennent une teinte plus foncée, livide, jaunâtre, et enfin elles s'effacent à la manière des ecchymoses. Elles augmentent sous l'influence de la marche et par la position verticale.

Purpura hemorrhagica (*Morbus maculosus*, de Werloff). Cette forme, beaucoup plus grave, se traduit par des taches plus nombreuses, plus foncées, parmi lesquelles on distingue de larges plaques irrégulières, livides, qui ont l'aspect de contusions récentes et entremêlées de plaques du *purpura simplex*.

Elles siégent aussi de préférence aux extrémités inférieures. Plus rares au tronc, aux bras, aux mains, et surtout au col et au visage, où je les ai pourtant observées plusieurs fois, je les ai vues jusque autour des paupières.

Les taches, comme celles du pourpre simple, ne sont pas saillantes au-dessus du niveau de la peau ; cependant elles sont surmontées quelquefois de véritables ampoules, de bulles, comme l'a observé Bateman. Biett en a vu un cas : on en trouve un autre exemple dans la Collection de Reil, et aussi dans les Rapports de Willan. J'ai vu plusieurs fois des bulles aux lèvres et aux gencives.

Les mêmes taches existent en effet sur une plus ou moins grande étendue du système muqueux, plus souvent des gencives, de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire. Là, elles sont le point de départ d'hémorrhagies qui peuvent se faire par la bouche, les narines, l'urèthre, le rectum, le vagin.

Ces hémorrhagies sont quelquefois excessives et alors promptement mortelles.

Le plus ordinairement elles sont peu abondantes, et alors elles s'arrêtent spontanément, puis reviennent, quelquefois d'une manière périodique, mais le plus souvent à des intervalles irréguliers ; mais les intervalles deviennent de plus en plus courts.

Quelquefois les hémorrhagies sont continuelles, comme aux gencives, et alors elles sont seulement plus abondantes par moment, le matin par exemple. Elles sont fournies par de larges ecchymoses, des bulles développées sur la paroi interne des joues, sur les gencives devenues mollasses, saignantes, sur la langue, dans les bronches, etc.

Comme dans le pourpre simple, la maladie se développe sans symptômes précurseurs. Biett citait souvent l'exemple d'un jeune homme qui, s'étant couché bien portant, se réveilla avec de larges ecchymoses. Le sang s'échappait abondamment de la bouche et des narines.

Le plus ordinairement le pourpre hémorrhagique est précédé de lassitude, de douleurs vagues. Je l'ai toujours vu débuter par des courbatures, des étourdissemens, quelquefois un mouvement fébrile. Plusieurs fois je l'ai vu annoncé localement plusieurs jours à l'avance par des douleurs profondes, contusives, dans l'épaisseur des membres. Souvent il y a de l'anxiété précordiale, des douleurs lombaires, des coliques, de la toux, de la constipation. Le pouls est quelquefois dur, vibrant; d'autres fois il est faible, facile à déprimer. Il y a ordinairement de l'abattement et de la tristesse.

Le pourpre hémorrhagique est, en général, précédé et accompagné de symptômes qui sont en rapport avec la cause qui l'a produit. Il est plus rarement franchement actif.



Bocourt del. Vielo sc.

Purpura hemorragica.

Imp. F. Chardon aîné ... Hautefeuille ... Paris

Si cet état se prolonge, l'émaciation est extrême. La peau décolorée, bouffie, surtout aux membres inférieurs, prend une teinte particulière, qui en a imposé plusieurs fois pour un *ictère*.

La durée est d'ailleurs très variable. Le pourpre hémorrhagique peut se terminer en quelques jours : c'est rare ; le plus souvent, il se prolonge plusieurs mois, et suivant Bateman, plusieurs années. J'en connais moi-même plusieurs exemples. Quand la terminaison doit être fâcheuse, elle a lieu par une hémorrhagie foudroyante, ou par plusieurs qui se font à la fois dans différens points, soit une hémoptysie, une hématémèse, une perte utérine, une hémorrhagie intestinale. M. G. Monod a publié un cas dans lequel la mort a été occasionnée par un épanchement au-dessus de la glotte. Quelquefois les malades succombent épuisés par des pertes de sang, peu abondantes, mais réitérées.

Quand, au contraire, la maladie doit se terminer d'une manière heureuse, les hémorrhagies cessent, les taches sont plus vives, la résolution est plus prompte, la peau s'anime, les fonctions digestives s'améliorent peu à peu, les forces reviennent, et les fonctions se régularisent.

Anatomie pathologique. Les taches sont formées par du sang épanché dans l'épaisseur de la peau proprement dite, et dans le tissu sous-cutané. Les unes sont superficielles, les autres sont situées profondément. Le sang s'enlève toujours facilement par le lavage, et je n'ai jamais pu trouver des ramifications vasculaires voisines.

On trouve des taches purpurines analogues, sur les membranes muqueuses, dans la bouche, dans le pharynx, dans l'œsophage, dans les intestins; plus rarement sur le péritoine et les plèvres, où elles sont aussi moins nombreuses.

J'ai trouvé du sang accumulé sous l'arachnoïde; on en a constaté sous le péricarde, à la surface du cœur.

Les poumons sont quelquefois sains. Ordinairement, ils sont le siége d'épanchemens sanguins; ce sont de véritables apoplexies pulmonaires.

Enfin, dans quelques cas, on a trouvé des épanchemens partout : dans l'épaisseur des muscles, dans les viscères, dans le tissu sous-séreux.

Dans l'exemple rapporté par M. Monod, et que j'ai vu, il y en avait dans presque tous les organes, dans les poumons, dans le foie, dans les reins, dans la rate, etc.

Cause et nature. Considéré d'une manière générale, le pourpre semblerait tenir à un état particulier du sang, à une altération dans la proportion des globules : altération en trop, et alors il y a pléthore; le pouls est plus vif; les hémorrhagies, si elles ont lieu, sont *actives*, ce serait le *purpura par congestion;* altération en moins, les taches sont plus pâles; s'il y a hémorrhagie, elle sera *passive;* ce serait le *purpura par anémie*, par fluidité du sang; il faut remarquer toutefois qu'il n'y a peut-être qu'à l'état de pourpre simple qu'il peut se trouver quelquefois franchement actif; que le plus souvent, le sang a une fluidité remarquable, et que si on a pu attribuer la maladie à un défaut de ton des extrémités vasculaires, il faut reconnaître aussi une altération particulière du sang, qui favorise son passage à travers les tissus relâchés.

D'un autre côté, ce défaut de ton des tissus, cette fluidité du sang, existent-ils tout d'abord?.. Ne seraient-ils pas la conséquence de la maladie, quand les hémorrhagies se sont succédé ? et cependant il est impossible d'oublier ces cas où le pourpre hémorrhagique survient d'une manière foudroyante chez des individus bien portans, au milieu de l'apparence de la plus belle santé.

Il ressort de ces considérations que la condition pathologique du pourpre est encore difficile à établir. Personne ne songe plus maintenant à le ranger, avec Willan, parmi les exanthèmes, c'est évidemment une hémorrhagie; mais au point de vue pathogénique, le point de départ est-il dans une altération du sang, ou celle-ci n'est-elle que secondaire à un état morbide du système vasculaire ?

Pour moi, en faisant mes réserves relativement à un état phlogistique, que je regarde aussi comme accidentel, et appartenant seulement aux cas rares de pourpre fébrile, je suis disposé à regarder le purpura comme une maladie du système veineux, une congestion veineuse, une hémorrhagie cutanée veineuse, comme dit M. Sacchero, et à ce propos, il faut toujours rappeler ce plâtrier piémontais, atteint d'un pourpre hémorrhagique, chez lequel Biett a vu la langue plus que doublée de volume et colorée en bleu, ce qui démontrerait la stase du sang veineux.

C'est le moment de dire deux mots des traits qui séparent le scorbut du pourpre hémorrhagique : d'abord, il n'y a aucun parallèle à établir entre lui et le pourpre simple. Pour le pourpre hémorrhagique, l'épanchement de sang est toute la maladie, tandis que dans le scorbut, qui est une affection non plus du système veineux, mais de l'économie tout entière, *totius substantiæ*, une altération primitive du sang, l'hémorrhagie n'est qu'un des symptômes; il n'y a pas de pourpre sans hémorrhagie; à la rigueur, il peut y avoir un scorbut sans épanchement de sang; les hémorrhagies, d'ailleurs, ne se ressemblent pas dans les deux cas, et enfin, si, cliniquement, au point de vue de la symptomatologie, il arrive un moment où le pourpre hémorrhagique ressemble au scorbut, c'est que les pertes de sang répétées ont fini, dans le premier, par produire consécutivement une altération générale de l'économie, analogue à celle qui est le point de départ du second.

Quoi qu'il en soit, le pourpre se manifeste sous des influences tout à fait différentes.

Le pourpre simple est commun, en général, à tous les âges; il semble se manifester de préférence, cependant, chez les jeunes gens, chez les individus à peau fine, chez les femmes. On l'observe dans les conditions les plus opposées, chez des individus affaiblis par les privations, par la misère, par les excès, et aussi chez d'autres, en apparence assez forts; je l'ai vu plusieurs fois, chez la femme, à l'époque critique, coïncidant avec tous les symptômes de la pléthore. Son développement semble favorisé par la chaleur. Je l'ai vu plusieurs fois au visage, chez des cuisinières; il est plus fréquent pendant l'été.

Les émotions, les écarts de régime semblent favoriser son développement.

Il en est de même du pourpre hémorrhagique; mais ici surtout, les écarts de régime, les privations, les affections morales, semblent avoir une funeste influence. J'ai vu plusieurs fois le pourpre hémorrhagique grave chez des jeunes gens qui avaient poussé à l'excès la passion de l'ivrognerie, et surtout de l'eau-de-vie. J'ai vu plusieurs malades chez lesquels le pourpre se liait évidemment à une atteinte profonde, apportée par des commotions morales. Une influence incontestable encore est celle d'une mauvaise alimentation, et même d'une alimentation capricieuse; j'en ai vu deux exemples bien remarquables chez des malades vivant dans l'aisance.

Enfin, il faut encore signaler une fatale prédisposition; on en trouve dans Bateman un exemple très remarquable; c'est celui d'un jeune homme chez lequel la plus légère pression déterminait une ecchymose, sans qu'il y eût, d'ailleurs, le moindre dérangement dans sa santé, et qui mourut subitement d'une hémorrhagie pulmonaire. Le pourpre n'est pas contagieux.

Diagnostic. J'ai dit déjà les traits qui séparaient les taches du pourpre des ecchymoses proprement dites; le fait des violences extérieures suffit pour les distinguer. On ne saurait confondre non plus le pourpre hémorrhagique avec les diverses hémorrhagies sans taches.

Il n'y a que le scorbut avec lequel il est réellement difficile de saisir les traits qui le distinguent. Déjà, j'ai dit plus haut les différences qui me semblaient aujourd'hui exister entre ces deux maladies, au point de vue de leur nature.

Faut-il ajouter que ce sont toujours des causes débilitantes qui déterminent le scorbut, tandis que le pourpre peut se développer dans des conditions tout opposées, que l'invasion du scorbut est lente, que c'est tout l'opposé pour le pourpre; que ce ne sont pas, à proprement parler, les *toniques* qui font la base du traitement du pourpre comme dans le scorbut; qu'il n'y a aucun rapprochement, ni dans les symptômes, ni dans l'étiologie, ni dans la marche, à établir entre le scorbut et le pourpre simple qui réclame quelquefois les évacuations sanguines, que même comparé au pourpre hémorrhagique, le scorbut en diffère par les hémorrhagies mêmes, qui n'ont jamais ce caractère foudroyant, si grave dans le purpura?

Pronostic. Si le plus souvent le purpura simplex est une maladie peu fâcheuse, on peut dire qu'en général le pourpre est une affection grave, trop souvent mortelle, et en face de laquelle on ne doit jamais être complétement rassuré par les apparences de bénignité. Cette gravité est relative, d'ailleurs, en raison de l'âge, de la constitution du malade, de la fréquence et de l'abondance des hémorrhagies.

Traitement. Le pourpre est une des maladies dont le traitement est le plus difficile.

Les saignées ne sont applicables qu'à quelques cas, encore assez rares, de pourpre simple.

Elles conviennent beaucoup plus rarement encore dans le traitement du pourpre hémorrhagique, malgré l'entraînement auquel on a quelquefois de la peine à résister, en raison de la constitution des malades, de l'état du pouls, etc. Malgré les embarras que j'ai moi-même rencontrés plusieurs fois dans la pratique, je n'hésite pas à poser en principe que la saignée ne convient jamais dans le pourpre hémorrhagique.

Le vrai traitement du pourpre consiste dans l'emploi large des acides, et surtout des acides végétaux, aidé de l'administration répétée de laxatifs, ou de purgations légères.

Ce n'est que plus tard, et pour réparer les forces des malades, qu'on peut avoir recours aux toniques, au quinquina, à une alimentation réparatrice, à des vins généreux, à des mets succulens, et encore c'est avec une grande prudence qu'il faut entrer dans cette voie.

Le traitement des hémorrhagies n'a rien de particulier, il consiste dans l'emploi du froid, de la glace, des lotions et injections stypiques, des tamponnemens, etc.

J'ai vu plusieurs cas dans lesquels le pourpre durait depuis plusieurs années, allié, bien entendu, à une mauvaise santé. C'est alors qu'une alimentation régulière, bien choisie, sagement combinée entre une nourriture animale et des alimens végétaux, était le critérium d'une santé qu'un rien ébranlait.

Dans ce cas, les bains de mer ont paru fort utiles. Mais je le répète, c'est dans l'état des fonctions digestives qu'il faut surtout alors placer le moyen de se mettre à l'abri des accidens et de conserver la santé.

On traite les taches par des applications froides, astringentes.

DERMATORRHAGIE.

Hémorrhagie cutanée ; sueur de sang.

Il se fait quelquefois à la surface de la peau, intacte ou non, un flux sanguin le plus souvent partiel, mais dans quelques cas, assez général, pour avoir été désigné sous le nom de *sueur de sang*.

On trouve dans les auteurs plusieurs exemples de ces hémorrhagies cutanées, mais ces exemples sont rares, et il en est à peine question dans les ouvrages modernes. Pour ma part, je n'en connais que trois cas : un, pour lequel j'ai été consulté en 1840 ; un autre, qui m'a été communiqué par le docteur Mongeal, et dont je publie ici l'observation intéressante telle qu'elle a été rédigée par mon savant confrère; un troisième enfin, fort curieux que j'ai dans mes salles depuis près d'un an.

En 1840 on me présenta une jeune fille de province : elle avait 15 ans; elle était d'un tempérament lymphatique et sanguin, assez bien constituée d'ailleurs; c'était au mois de novembre. Depuis un mois, *pour la seconde fois*, elle était incessamment couverte aux bras et à la figure de taches qui laissaient suinter du sang. Je constatai plusieurs fois ces taches. Elles étaient allongées, rubanées, ressemblant assez bien à des plaques d'urticaria cvanida. Il en venait plusieurs fois par jour. Elles apparaissaient subitement sur divers points du visage et à la face externe des bras; la peau devenait rouge, comme tuméfiée, et en tournant le bras, l'enfant déterminait un écoulement de sang sous forme d'un petit filet. Bientôt le flux se tarissait, et il restait une empreinte qui durait plusieurs jours. Le tout se passait d'ailleurs sans douleurs, sans cuisson, sans rien qui annonçât la venue du mal, sans rien qui laissât le souvenir de son passage, autre que l'empreinte dont je viens de parler.

Ces accidens s'étaient déclarés pour la première fois, un an auparavant à la même époque. L'enfant s'attrapa légèrement au bras, il s'y forma une rougeur qui, au bout de trois à quatre jours, devint très vive, et répandait du sang. Elle n'était pas guérie qu'il s'en forma de nouvelles successivement sur la main et sur la figure. Ces taches n'étaient pas allongées comme celles que j'ai vues. Elles étaient rondes, en forme d'anneaux; elles se présentaient comme de petites rougeurs, qui à l'instant laissaient partir du sang, et qui, après s'être agrandies pendant quelques jours, se tarissaient et se séchaient. Elles durèrent ainsi jusqu'au mois de mars, époque où elles séchèrent subitement.

La petite malade était réglée depuis deux ans, et chose remarquable l'écoulement menstruel qui ne venait pas à époque fixe, était très régulier depuis trois mois, quand l'hémorrhagie cutanée apparut. Depuis elles se sont soutenues irrégulièrement, il est vrai, mais sans manquer jamais.

Mais depuis l'âge de douze ans, l'enfant avait des attaques d'hystérie. Lorsque la dermatorrhagie se supprima brusquement au mois de mars 1840, après avoir mangé, elle fut prise de vomissemens qui pendant long-temps furent très opiniâtres, et l'avaient réduite à un état de faiblesse extrême.

Elle était mieux, elle avait repris ses forces, elle mangeait mieux, sans que cependant les vomissemens eussent cessé, quand l'hémorrhagie reparut, comme l'année précédente.

Je donnai quelques conseils, la malade repartit, et je n'en ai plus jamais entendu parler.

La jeune malade, du docteur Mongeal était aussi bien réglée, mais elle avait aussi des accidens nerveux graves, des attaques d'hystérie, des syncopes, etc.

Cependant on a observé le plus souvent que ces hémorrhagies étaient supplémentaires. Cela paraît être le cas de la jeune fille qui est dans mes salles. Agée de 17 ans, forte, bien constituée, elle n'a jamais eu le moindre accident nerveux. Elle a été réglée pour la première fois il y a dix-huit mois. Ses règles ont duré cinq jours ; elles étaient assez abondantes. Elles ont reparu un mois après pour durer plus long-temps, mais la perte a été moins abondante; c'est dans l'intervalle de ces deux menstruations que s'est manifestée l'hémorrhagie cutanée.

Depuis ce moment les menstrues n'ont plus reparu, et la dermatorrhagie n'a pas cessé, apparaissant sous forme de plaques, tous les deux, trois, ou quatre jours, quelquefois une ou deux fois par jour; ce sont des plaques rouges, un peu douloureuses, laissant exsuder au bout de quelques heures, tantôt un liquide séreux, limpide, tantôt une liqueur sanguinolente.

La dermatorrhagie a paru dans quelques cas être l'effet d'un violent effort, d'une émotion vive. Elle est plus fréquente dans le jeune âge et chez les femmes. Elle se manifeste ordinairement sans douleur, cependant elle est quelquefois annoncée par un sentiment de cuisson, de brûlure. L'hémorrhagie précédée toujours de l'apparition d'une tache rouge, de forme et d'étendue variables, est le plus ordinairement partielle, peu abondante, passagère. Il ne reste aucune cicatrice, aucune trace permanente.

La durée est toujours longue, la terminaison favorable. On parle cependant d'hémorrhagies cutanées générales, survenues à la suite de frayeur vive, qui ne seraient pas exemptes de danger.

Le traitement est celui des hémorrhagies en général. Il consiste à rappeler un écoulement habituel, à calmer l'excitation nerveuse, modifier la constitution lymphatique, ou épuisée.

Le traitement local est généralement nul ; il consisterait dans l'application du froid, des astringens, des hémostatiques, si par exception l'abondance de l'hémorrhagie venait à l'exiger.

Observation communiquée par M. le docteur Mongeal.

Dermatorrhagie, hystérie, syncopes, etc. — *Guérison.* — En juin 1845, je fus appelé chez Madame ***, pour la fille de cette dame, Mlle ***, alors âgée de 11 ans. A voir cette jeune personne, brune, forte, aux mamelles déjà développées, bien réglée depuis plus d'une année, on lui donnerait au moins 16 à 17 ans. Sa santé générale a toujours été bonne. Sa mère me raconta qu'à plusieurs reprises, et cela depuis cinq à six ans, elle avait vu du sang sortir à travers les pores de la peau, par gouttelettes, comme de la sueur. Ce phénomène singulier s'était montré pour la première fois entre le petit doigt et l'annulaire de la main gauche. A cette époque, elle fit voir son enfant à M. Lugol, qui parut fort surpris, et qui conseilla des lotions vinaigrées pour tout traitement. Au dire de la mère, ce phénomène se reproduisit à de rares intervalles, et en juin 1845, j'étais appelé pour en être témoin. A la partie inférieure de l'orbite gauche, j'observai une tache ponctuée, d'un rouge brun, de 2 à 5 centimètres de longueur, et qui paraissait, en effet, être formée par des gouttelettes de sang desséché. Je l'essuyai avec un linge mouillé, et la peau resta parfaitement saine. Un peu plus tard, la mère me fit conduire la jeune fille. Cette fois la tache de sang environnait tout l'œil gauche. Ces hémorrhagies se renouvelèrent un très grand nombre de fois, avant que je n'en fusse témoin, sur différentes parties du corps. Souvent elles étaient précédées de démangeaisons à la place où elles allaient apparaître : « Qu'est-ce « que j'ai donc sur la poitrine ? » disait la jeune fille. On la découvrait et on trouvait une large tache qui rougissait le linge. On lavait la place et tout était terminé. Les genoux, les cuisses, le ventre, le dos, les avant-bras, le dessus des mains, quelquefois toute la figure se couvraient de larges taches de sang. Plus tard, eurent lieu des attaques d'hystérie bien caractérisée : pertes de connaissance subites, convulsions partielles, étouffemens, cris, etc. En décembre de la même année, je fus appelé pour une de ces attaques, et pendant que je donnais des soins à la malade, sa figure se couvrit tout à coup d'un véritable masque de sang. Les gouttelettes se réunissaient pour former des gouttes qui coulaient le long du visage. Je fus très surpris de cette singulière maladie, et je me proposais d'en suivre attentivement la marche ; mais l'homéopathie m'enleva la malade, et à partir de ce moment, je ne la revis plus, du moins comme médecin de la famille. J'en demandais néanmoins souvent des nouvelles à sa sœur. Je sus que plus tard, et la mère que j'ai revue ces jours derniers, m'a confirmé ces détails ; je sus que chaque fois que les hémorrhagies survenaient, la malade éprouvait toujours, non plus des attaques d'hystérie, mais de légères syncopes, qui duraient à peine quelques secondes. On la trouva une fois étendue en travers de l'escalier, la figure couverte de sang ; une autre fois elle fut atteinte dans la rue du Montblanc. En 1847, elle avait alors 14 ans et demi, pas une semaine ne se passait sans une hémorrhagie. A 15 ans et 5 mois on la maria, d'après le conseil d'un médecin. Les hémorrhagies continuèrent et devinrent même plus fréquentes. Elle devint enceinte et fit une fausse couche à trois ou quatre mois ; son état resta le même. Enfin, elle eut une seconde grossesse, et accoucha à terme en août 1849.

Depuis cette époque, tout a disparu ; plus de crises nerveuses, plus d'hémorrhagies, et aujourd'hui sa santé est excellente.

MÉLANOSE.

C'est une curieuse étude de chimie anatomique que celle des rapports qui existent entre la partie colorante du sang et la sécrétion pigmentaire, de la transformation de l'*hématine* en *mélanine*. Mais ce n'est pas le moment d'insister sur ces intéressantes questions. Voyons rapidement ce que c'est que la mélanose, à quel titre nous l'avons rangée dans ce chapitre, et disons quelques mots de la manière dont elle se comporte à la peau.

On doit entendre per mélanose une certaine production morbide, qui n'est autre qu'une transformation de la partie cruorique du sang.

La mélanose se développe dans tous les organes, et aussi, par conséquent, à la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

A la peau, elle peut être épanchée superficiellement, ou se développer en végétant tout à fait à sa surface. Je l'ai vue sécrétée, pour ainsi dire, de dedans en dehors, se comporter à la manière des productions cornées. J'ai pu, dans un cas que je vais rapporter, suivre ainsi son développement un grand nombre de fois. J'ai pu constater qu'elle commençait par un épanchement liquide, rosé. Peu à peu le liquide épanché prenait simultanément une teinte plus foncée, et une consistance plus grande, en même temps qu'il augmentait en volume, si bien que, progressivement, à une teinte rosée succédait une petite tumeur saillante, bistrée, qui devenait de plus en plus noire, de plus en plus solide, en prenant une forme conique, et finissait par ressembler à une petite corne d'ébène, dont la base plus large reposait sur une surface enflammée et ulcérée. Suivant ses différens âges, en coupant cette production nouvelle, on trouvait une consistance de plus en plus solide, qui allait à la fin jusqu'à celle de la matière cornée.



Mélanose cornée.

à Paris chez LABÉ, Editeur.

Imp. F. Chardon aîné 30 r. Hautefeuille, Paris.

Voici d'ailleurs la relation de ce cas curieux.

Observation. *Mélanose cornée. — Rupia à forme insolite. — Ulcérations d'apparence syphilitique. — Diarrhée. — Mort. — Autopsie.* — Marie D***, âgée de 59 ans, entrée dans la salle Sainte-Victoire le 5 novembre 1842, fut prise, il y a environ six ans, de vomissemens d'un sang noir et non spumeux. Ces vomissemens, qui avaient lieu chaque jour, coïncidaient avec la disparition des règles, qui n'ont reparu qu'une fois il y a vingt-deux mois, et durèrent huit jours, pendant lesquels les vomissemens de sang continuèrent. Dix mois après cette apparition des règles, c'est-à-dire il y a un an, Marie D*** ayant accouché, ses vomissemens cessèrent et n'ont point reparu, bien que la suppression des menstrues n'ait point discontinué. Vers l'époque de l'accouchement, il se fit sur la peau de cette femme une éruption qui se montra d'abord au bras droit et ne tarda pas à se répandre sur tout le corps.

Voici l'état dans lequel se trouvait Marie D*** lors de son entrée à l'hôpital Saint-Louis. Sur toute l'étendue de sa peau, depuis la tête jusqu'aux pieds, il existe de petites élévations dont le volume moyen est à peu près égal à celui d'une grosse lentille. Ces élévations sont fournies par une croûte de consistance cornée et d'une coloration noire, dont la cause est un épanchement de sang noir coagulé, qui existe au-dessous des croûtes cornées. Au milieu de ces élévations noires, on voit çà et là de petites tumeurs blanches, comme tuberculeuses, et paraissant siéger dans la profondeur du derme. Quelques-unes ont déjà à leur centre une petite tache noire, fournie souvent par deux ou trois petits points qui se touchent sans se confondre. Les croûtes ont un caractère qui paraît à M. Cazenave appartenir à un rupia : elles sont étagées à la manière de certains coquillages.

La malade offrait l'apparence d'un grand affaiblissement, elle se remuait avec peine, et ressentait dans la peau des douleurs qui la privaient du sommeil.

Sur le bras droit et sur le dos, quelques croûtes étaient tombées, et à leur place on voyait des ulcérations larges et profondes, à fond grisâtre et à bords taillés à pic. M. Cazenave diagnostiqua un *rupia syphilitique avec hémorrhagie.*

La malade fut soumise à la tisane de salsepareille édulcorée avec le sirop de quinquina, et on lui donna 10 centigrammes d'opium par jour. Une amélioration notable se manifesta sous l'influence de cette médication. Il y avait plus de vie dans le facies de la malade, et bientôt on vit autour de plusieurs croûtes un cercle de pus comme dans le rupia ordinaire, et un assez grand nombre de ces croûtes se montraient sans la coloration noire, lorsqu'il parut convenable à M. Cazenave de recourir, le 15 décembre, au protoiodure de mercure. Alors l'amélioration cessa, et on fut obligé de revenir à l'opium dont on avait obtenu un si bon résultat.

L'état général redevint meilleur, mais l'éruption fit toujours des progrès. Au milieu des productions noirâtres, dures, cornées, on voyait d'autres élévations tout à fait croûteuses, à lames épaisses, superposées, grisâtres, irrégulières, fendillées; enfin il existait des surfaces très profondément ulcérées, qui avaient succédé à la chute des croûtes, assez circonscrites et peu nombreuses à la face, tandis qu'aux épaules, à la partie supérieure des bras, antérieure du thorax, et surtout à la partie postérieure du tronc, ces ulcérations étaient nombreuses, profondes, occupant toute l'épaisseur du derme, d'une étendue qui variait entre la largeur de la paume de la main et celle d'une pièce de deux francs; ces plaies offraient de plus, pour la plupart, un aspect pâle, grisâtre; la suppuration était abondante. Enfin, à côté de ces parties si profondément altérées, se trouvaient quelques portions de peau parsemées de taches ecchymosiques naissantes, de la largeur d'une tête d'épingle ou d'une lentille, remplies d'un liquide rosé, faisant une saillie légère, et offrant à la pulpe du doigt une résistance plus ou moins dure qui, pour les plus anciennes, arrivait à la dureté caractéristique. C'était ainsi que s'étaient comportées à leur début les élévations, déjà décrites, de date plus ancienne. Ces taches pétéchiales se voyaient surtout autour des lèvres et des ailes du nez, à la face postérieure de l'avant-bras et de la main.

Au 15 janvier les fonctions générales ne présentaient pas d'altération bien prononcée; le pouls était légèrement fréquent; un peu faible, la respiration libre, il n'y avait pas de toux; les fonctions digestives étaient peu troublées, il n'existait qu'une constipation légère, que l'on combattait par des lavemens émolliens.

La malade était toujours soumise au traitement opiacé; elle prenait matin et soir une pilule d'un demi-grain d'extrait gommeux d'opium, pour tisane de la mauve sucrée. Les plaies étaient lavées avec le vin aromatique et pansées avec le cérat opiacé. D*** mangeait deux portions d'alimens.

Le 20 février elle accusa du malaise, le pouls devint plus fréquent, et quelques taches pétéchiales nouvelles apparurent; il y eut deux selles liquides. L'affaiblissement général fut assez marqué, les ulcérations toujours profondes avaient fait peu de progrès vers la cicatrisation, quelques-unes cependant offraient un aspect vermeil assez bon.

On augmente d'un demi-grain la dose de l'opium, le reste du traitement fut continué; il survint un peu de mieux.

Le 25 janvier le malaise et l'affaiblissement reparurent plus prononcés, ainsi que le dévoiement. On suspendit l'usage de l'opium.

Tisane de riz gommé; quatre pilules de protoiodure de fer; et tous les matins deux cuillerées de sirop de quinquina.

Les jours suivans le nombre des pilules est porté progressivement jusqu'à dix. Les plaies sont toujours lavées au vin aromatique; le 10 février elles sont pansées avec la pommade au protoiodure de mercure.

Le 10 février nouveau mouvement fébrile; nouvelles taches; quelques croûtes sont tombées et ont laissé voir de nouvelles plaies, le dévoiement est devenu presque continuel, quoique peu abondant : on suspend les pilules de fer, le sirop de quinquina est continué; même pansement local; seulement le cérat opiacé remplace la pommade au protoiodure.

Le 12, la malade prend un bain amidoné sans en être trop fatiguée; elle s'est un peu dépouillée.

Le 15, les pilules au protoiodure de fer sont reprises: on commence par deux; collyre d'eau de rose (la malade se plaint des yeux, les paupières sont légèrement enflammées); les plaies font peu de progrès, la teinte vermeille est cependant assez prononcée; lavées au vin aromatique, elles sont pansées avec la pommade au tannin.

Le 24 février, apparition de nouveaux accidens; prostration plus marquée, éruption nouvelle; pouls fréquent et petit; inappétence; dévoiement plus abondant; même état des plaies; on insiste sur le régime tonique qui consiste en une décoction de quinquina avec le sirop de quinquina; pilules de protoiodure de fer; 150 grammes de vin de Bagnols, deux portions de vin ordinaire, collyre; pommade au tannin, et vin aromatique pour les plaies.

Le 2 mars la malade est dans un état assez satisfaisant; le pouls est meilleur : on continue le même traitement; la malade prend pour tisane, depuis deux jours, décoction de quinquina, 500 grammes; acide sulfurique médicinal, 1 gramme; sirop de quinquina, 30 grammes; vin de Collioures.

Le 9 mars, affaiblissement considérable, nouvelle éruption à la face, surtout autour des lèvres, des ailes du nez, pouls petit, fréquent, yeux chassieux. Au traitement des jours précédens on ajoute une potion composée avec: eau de cannelle, 125 grammes; extrait de quinquina, 1 gramme; sirop de quinquina, 30 grammes.

La prostration devient de plus en plus prononcée, le dévoiement abondant; la malade commence à gâter sous elle, le pouls est petit et fréquent.

Le 15, il y eut une nouvelle hémorrhagie cutanée; le 16, la malade ne répondait plus aux questions qu'on lui adressait. Le pouls devient de plus en plus petit et misérable.

Elle succomba, le 18, dans la nuit sans avoir jamais accusé de frissons.

Autopsie. Il existe à la face à peine quelques points, que les éruptions successives n'ont pas envahis; celles de date plus récente se distinguent à la teinte plus rosée de l'épanchement, à la saillie à peine sensible au-dessus de l'épiderme; les productions cornées, anciennes, saillantes, que nous avons déjà notées sont d'autant plus profondes qu'elles sont plus larges; quelques-unes occupent presque toute l'épaisseur du derme; enfin les productions croûteuses s'étendent plus profondément encore. L'éruption est aussi très confluente aux membres supérieurs, au thorax, au dos. Il existe au sacrum une vaste escarre à bords décollés; la crête osseuse est tout à fait à nu.

Abdomen. Foie légèrement gras, sans augmentation bien notable de son volume.

Estomac. Replis de la muqueuse excessivement prononcés; à 4 centimètres du pylore environ existe un léger rétrécissement dans la circonférence de l'organe, qui le fait presque paraître composé de deux poches.

Intestin. Duodénum sain; à 20 centimètres au delà, l'iléon présente une ulcération manifeste sur son bord convexe : cette ulcération profonde, comme taillée à pic, comprend toute l'épaisseur de la muqueuse; il existe autour une légère injection à teinte uniforme, sans arborisation; vers la fin de l'iléon se voient deux autres ulcérations de même nature. Enfin, vers le cœcum il en existe quatre autres, isolées, semblables à celles déjà décrites; il n'y a aucune trace d'ulcérations cicatrisées. Le colon ne présente point d'altérations profondes : son calibre est considérablement diminué, et la muqueuse légèrement ramollie dans certains points; injection peu prononcée et par plaques disséminées.

Les *reins* n'ont pas été examinés.

Les *poumons* sont sains; engorgement cadavérique à la partie postérieure inférieure des deux organes, surtout du droit.

Cœur. Petit, flasque, comme ratatiné; un caillot décoloré existe dans le ventricule gauche, dont la cavité très petite admet à peine le doigt indicateur; les orifices sont sains. Le calibre de l'aorte est très petit et ne peut admettre que le petit doigt.

Cerveau. Légère infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Substance grise plus pâle qu'à l'état normal, sans ramollissement notable. Point d'épanchement séreux dans les ventricules; plexus choroïdien légèrement décoloré; substance blanche sans injection; son tissu ne paraît point altéré.

D'autres fois, et le plus souvent, la mélanose est mêlée à des tissus normaux ou anormaux : elle fait partie de tumeurs cancéreuses ou épidermiques, ou même de simples tumeurs hypertrophiées; et alors, ou bien elle en colore seulement les élémens, ou bien elle se produit au milieu d'elle avec ses caractères propres.

L'étude de ces tumeurs mélaniques plus ou moins complexes et si variables quant à leur nature, est des plus intéressante, et n'a cependant encore que légèrement fixé l'attention des observateurs.



Bocourt del. Visti sculp

Nævus Vasculaire mélanique.

à Paris chez LABÉ, Editeur.

Voici un cas, bien curieux aussi, dans lequel j'ai regretté bien vivement de n'avoir pu faire l'autopsie, malgré toutes mes instances, mais dans lequel deux ou trois tumeurs mélaniques, enlevées et soumises à l'examen de M. le docteur Verneuil, ont permis à ce jeune et savant anatomiste de compléter l'intérêt attaché à cette observation remarquable. Ici la mélanose ne serait qu'accessoire dans la tumeur, dont la composition tout exceptionnelle, comme le remarque M. Verneuil, présente un fait anatomique extrêmement rare, à savoir la dilatation variqueuse des vaisseaux papillaires.

Observation recueillie par M. Dubarry, *interne du service.*

Observation. — *Mélanose congéniale de la peau.* — *Nævus sanguin veineux.* — *Tumeur mélanique.* — *Coqueluche.* — *Mort.* — *Examen microscopique* par M. le docteur Verneuil. — Le jeune M***, âgé de 6 ans, demeurant à Paris, fut reçu dans le service de M. Cazenave, le 7 novembre 1854, et succomba le 2 avril 1855.

Du côté des parens, rien de spécial. Le père et la mère, jouissant d'une très bonne santé, n'offrent rien de particulier, et n'ont nulle souvenance qu'il ait existé dans leur famille ni maladie cancéreuse, ni rien d'analogue à ce que nous offre ce petit garçon. Un oncle seul fut affecté de la goutte. Le sujet de l'observation a une sœur plus âgée que lui de 4 ans, qui nous offre tous les attributs d'une bonne constitution.

Ce sujet de l'observation est un jeune enfant au teint blanc, aux cheveux blonds, et qui, âgé de 6 ans, paraît un peu chétif. Les renseignemens pris auprès de la mère sur les premiers temps de cet enfant, nous apprennent qu'il est né à sept mois, que d'ailleurs l'accouchement n'a rien offert de remarquable. En remontant au début de l'affection qu'il nous présente aujourd'hui, on trouve qu'elle existe à peu près dès la naissance, et pour en expliquer l'étiologie, la mère rapporte un fait parfaitement en harmonie avec les idées que se font les gens du monde des diverses tumeurs sanguines. A ce sujet elle nous dit, qu'ayant eu pendant la grossesse une violente envie de mûres, elle se serait transportée dans les forêts de Busigny, et là ayant sous les ronces saisi de sa main une énorme couleuvre, elle est restée immobile, atterrée, les mains appuyées sur son ventre. Dans son idée ce fait aurait d'une part hâté le terme de sa grossesse, et d'autre part elle voit là une explication à la nature de l'affection.

La mère nous raconta en outre qu'au moment de la naissance, l'enfant était bleu sur toute la surface du corps. Cet état aurait duré deux à trois jours. Quoique l'enfant à ce moment fût fort chétif, cette coloration bleue se dissipa de tout le reste du corps. La jambe et la cuisse droite gardèrent seules une coloration bleuâtre, livide, en même temps qu'un volume un peu supérieur à celui du membre du côté opposé. Le père rapporte également que bien qu'il n'y eût rien d'apparent à la surface du membre, on sentait bien que profondément il n'avait ni la souplesse, ni l'uni du membre abdominal gauche; il avait également très bien observé qu'à la pression du doigt sur le côté droit, l'empreinte persistait pendant un temps assez long.

Jusqu'à sept mois l'enfant est élevé au sein par la mère. A cette époque il fut sevré à cause d'un abcès mammaire qui survint à ce moment et força de suspendre la lactation. Dès cette époque l'enfant fut élevé au biberon jusque vers l'âge de deux ans. Malgré les soins les plus assidus, l'enfant resta débile, quoiqu'avec un développement précoce des facultés intellectuelles.

C'est à deux ans seulement qu'il commence à se tenir sur ses jambes. C'est à ce moment aussi que sont survenues des modifications importantes dans le membre abdominal droit. La marche est lente à s'établir, et au milieu des tentatives pour l'établissement de cette fonction, il se montre presqu'en même temps, d'abord sur la racine du gros orteil droit, sur la partie interne du genou, sur la face externe du tibia, une série de petites tumeurs, les unes du volume d'une lentille, les autres d'un pois, jusqu'à une noisette, tumeurs que la mère compare à des mûres. Le nombre et le volume de ces productions s'est rapidement accru au point de recouvrir tout le membre abdominal droit, surtout dans son segment antéro-interne.

D'ailleurs l'état général paraissait fort peu souffrir. L'enfant marche, s'habille seul. Seul le développement physique semble un peu retardé.

Entré dans le service, en novembre 1854, un dessin pris sous les yeux de M. Cazenave donne une idée parfaite de l'état dans lequel il se trouve.

Vu par nous pour la première fois au 1er janvier 1855, cet enfant nous offre sur le dos du pied, la partie externe de la jambe, la face antérieure de la cuisse, même sur la paroi abdominale antérieure, une série de tumeurs de volume et d'apparence fort différens; les unes volumineuses, comme des pommes d'api de couleur noire de bistre, à surface sèche, rugueuse, comme segmentée, ce sont les plus anciennes; les autres, plus petites, comme des cerises ou moindres, à surface lisse, tendue, molles au toucher sans néanmoins qu'il soit plus possible de les réduire que les précédentes, ce sont les plus récentes, et qui d'ailleurs n'offrent point un siége isolé, et existent indistinctement entre les plus grosses, ou bien sur des points qui ne représentaient auparavant aucune altération apparente. A la surface de ces tumeurs globuleuses récentes on trouve l'épiderme aminci; on assiste à leur passage à l'état de segmentation que nous avons vu dans les premières, et qui s'opère d'ailleurs sans trace d'hémorrhagie. A leur surface et dans leur intervalle, il s'opère seulement un suintement fort peu abondant, donnant sur le linge une tache jaune brunâtre, suintement d'ailleurs très fétide et rappelant celui des végétations vénériennes. D'ailleurs de ces deux ordres de tumeurs ni l'une ni

l'autre ne sont pédiculées, ou du moins, dans certaines, il existe un peu de rétrécissement à leur partie adhérente; le volume du pédicule, et la nature sanguine de ces tumeurs, admise par M. Cazenave, l'ont toujours empêché d'en extirper une partie pour la livrer à l'étude microscopique.

D'ailleurs ces tumeurs n'ont pas de tendance à l'élimination, et bien que sur les linges et au milieu du suintement qui s'opère de leur surface on reconnaisse quelques particules de la tumeur elle-même, nous devons dire n'avoir rien constaté d'analogue à ce que nous ont raconté les parens qui nous ont dit avoir vu les croûtes et la grande partie des tumeurs elle-même tomber sous l'influence d'onctions de beurre frais, conseillées par un médecin. Toutefois, ils ajoutent que le fond restait toujours rameux, bourgeonnant, et que dans très peu de temps la tumeur tombée était remplacée constamment par une nouvelle.

D'ailleurs en examinant le membre on constate que l'affection n'est pas seulement à la peau; en effet, sous cette enveloppe soulevée et dans la profondeur du membre on sent une série de tumeurs plus ou moins dures, et que tout porte à regarder comme de même nature. Aussi après avoir pris le conseil de son collègue, M. Denonvilliers, sur l'opportunité de ce qu'il y avait à faire, il avait été décidé qu'il n'y avait lieu, ni à la compression, ni à la ligature, ni à aucun autre moyen chirurgical.

L'appétit et l'état général satisfaisant persistent jusqu'au mois de mars.

Vers le 1er mars se montre une toux survenant par quintes, avec respiration bruyante, à la fin avec vomissemens. L'auscultation ne dévoile que quelques râles sibilans et muqueux dans toute l'étendue du poumon. D'ailleurs sans fièvre et sans modifications dans l'état local. L'enfant est atteint de la coqueluche. Le 20 mars, il survient de la fréquence du pouls, de la sécheresse de la peau, du ballonnement du ventre, de la diarrhée, quelques épistaxis, de l'insomnie; la toux devient plus fréquente, ses caractères quinteux disparaissent. A la poitrine des râles sibilans et muqueux, fins, se montrent surtout dans le poumon gauche. En même temps le membre affecté offre des modifications intéressantes. Il devient douloureux, œdémateux. Les tumeurs prennent un aspect jaunâtre, flétri, le suintement devient plus considérable, les forces s'épuisent.

Le 25 mars, l'enfant est dans un état d'abattement extrême, plongé dans la somnolence, n'accusant plus de douleur dans la jambe affectée, qui néanmoins a pris une coloration grisâtre, ardoisée.

A l'auscultation on trouve des râles muqueux avec du souffle dans tout le poumon gauche. Cet état persiste jusqu'au 1er avril où l'enfant s'est éteint.

Pour l'autopsie, M. Cazenave a éprouvé une opposition formelle de la part de la famille, et malgré son insistance, il lui fut impossible de la faire. Nous fûmes réduits à n'étudier que la nature de la tumeur elle-même; on en enleva plusieurs. A leur ablation on constata qu'elles tenaient aux parties profondes par des vaisseaux; et dans une tumeur du volume d'une noisette, on trouva à la racine une veine du volume d'une plume de corbeau qui resta béante à la section.

Deux ou trois de ces tumeurs furent confiées à M. le docteur Verneuil, qui voulut bien me remettre le résultat de son examen, que je transcris littéralement :

Les tumeurs sont arrondies, légèrement mamelonnées à la surface, bien circonscrites à l'extérieur, un peu rétrécies à la base. Leur consistance est considérable, et on peut les couper par tranches assez minces. Cependant la coupe et la pression permettent d'en extraire un suc assez abondant et assez épais, noir comme de l'encre; mais dans lequel on reconnaît cependant du sang plus ou moins altéré.

La surface des tumeurs est également très colorée; elle est noirâtre, brune ou grisâtre suivant l'épaisseur de la couche épidermique.

Lorsque celle-ci est enlevée on constate au-dessous d'elle une accumulation plus ou moins considérable d'un liquide sanguin très foncé, formant des foyers plus ou moins étendus, plus ou moins circonscrits, ce qui donne immédiatement l'idée d'épanchemens sanguins diffus, s'étant fait entre la face profonde de l'épiderme et la surface extérieure du derme.

Le liquide ainsi extravasé et celui que renferme la trame elle-même fournissent comme élémens anatomiques:

1° Des globules sanguins en très grande proportion plus ou moins intactes, mais déformés et rugueux pour la plupart.

2° Des cellules épidermiques régulières ou des écailles déformées, puis des noyaux libres. On trouve çà et là des groupes de cellules infiltrées de granulations pigmentaires, dans d'autres points beaucoup de ces granulations libres. Ces derniers élémens représentent la matière colorante de la peau. Ils ne sont pas toutefois assez abondans pour qu'on puisse leur attribuer la coloration de la tumeur, la plus grande partie doit en être rapportée aux globules sanguins.

Tout cela serait insuffisant pour caractériser la nature du mal, mais d'autres faits y parviennent. Si on enlève avec précaution l'épiderme sur les limites des tumeurs ou sur les saillies les plus petites, on voit à nu des éminences mamelonnées de $^1/_5$ à $^1/_2$ millimètre de diamètre. Assez bien isolées à leur sommet, quoique confondues à leur base, moins colorées que le reste du produit morbide, ces éminences sont toutefois livides et très vasculaires. Elles sont évidemment constituées par des papilles cutanées hypertrophiées. On voit, en effet, que chaque mamelon renferme trois ou quatre corps cylindriques portés sur un même pédicule, comme cela s'observe dans les verrues papillifor-

mes. L'extrémité libre est recouverte, aussi bien que les intervalles adjacens, par une couche continue de jeunes cellules épidermiques, qui forment une série d'étuis juxtaposés et adhérens.

Mais ces papilles sont fort altérées. *La substance fondamentale fibroïde qui les compose normalement presque complétement disparu.* Elle est remplacée par les vaisseaux intra-papillaires énormément développés, élargis, variqueux, se prolongeant jusqu'au sommet de la papille, atteignant par conséquent la face profonde de la couche épidermique.

Ces vaisseaux sont gorgés de sang noir plus ou moins altéré; malgré leur élargissement, leurs flexuosités, la ténuité de leur paroi, l'atrophie de la substance de la papille, ils sont encore bien reconnaissables dans certains points où ils ne sont pas rompus et ont conservé des contours nettement limités. Mais dans d'autres points où la lésion est plus avancée, la papille entière est convertie en une sorte de magma sanguin au milieu duquel les anses vasculaires sont méconnaissables. Ailleurs l'épanchement sanguin, franchissant même les limites des papilles, s'est propagé dans leurs interstices, de telle sorte que l'infiltration masque toute structure; dans ce cas le lavage répété peut encore permettre de retrouver quelques papilles, mais souvent les préparations n'ont plus de formes précises.

L'étude approfondie que j'ai faite de cette pièce me porte à interpréter de la manière suivante la nature et les phases de la maladie:

1° Dilatation variqueuse des vaisseaux de la peau se continuant d'une part dans les veines du tissu cellulaire sous-dermique, peut-être même plus profondément, et d'autre part ayant envahi jusqu'aux capillaires des papilles.

2° Dilatation extrême de ces derniers avec augmentation de volume des papilles elles-mêmes, et résorption presque complète de leur substance propre.

3° Rupture des vaisseaux variqueux soit dans l'épaisseur des papilles, soit dans les espaces inter-papillaires, ou bien à la surface du derme, et sous l'épiderme par conséquent.

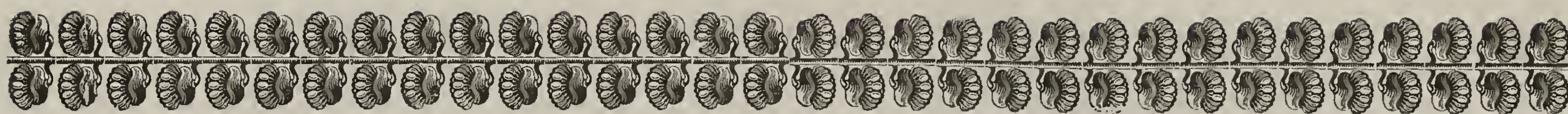
4° Épanchemens sanguins très étendus, eu égard aux petites dimensions des parties, soit au centre de la tumeur, soit au-dessous de l'épiderme décollé par le fait.

5° Coagulation du sang dans ces foyers, avec légère inflammation de voisinage, rendant compte de la dureté de certains points de la tumeur et de son irréductibilité sous la pression.

6° Altération consécutive des globules sanguins.

7° En certains points magma, formé par le sang, la fibrine, l'épiderme, et une quantité très notable de la matière pigmentaire de la peau, cette dernière est beaucoup plus abondante que de coutume.

8° Pas de trace d'élémens cancéreux.



SIXIÈME GROUPE.

LÉSIONS DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU.



L'observation démontre de plus en plus chaque jour que les maladies de la peau doivent rentrer peu à peu sous l'empire des lois générales de la pathologie, et que la connaissance de leur siége anatomique conduit le plus souvent à l'appréciation de leur nature. Cette vérité n'est nulle part plus évidente qu'appliquée au groupe des lésions de sensibilité de la peau.

La sensibilité de la peau peut être lésée en plus ou en moins. Le dernier cas qui constitue l'anesthésie ne mérite pas autant que l'autre de fixer ici notre attention ; elle est presque toujours un symptôme, un épiphénomène traduisant une affection nerveuse plus ou moins éloignée.

Quant à la lésion de la sensibilité en plus, elle constitue l'hyperesthésie qui joue un rôle bien plus important dans les affections de la peau, comme étant souvent l'expression d'une affection idiopathique. Elle existe, comme nous le verrons, suivant le mode d'affection du corps papillaire, avec ou sans éruption à la peau.

L'*anesthésie* est caractérisée par la diminution ou l'abolition de la sensibilité de la peau. Elle est plus ou moins circonscrite ou limitée; quelquefois bornée aux divisions d'un seul nerf, comme on l'observe pour la cinquième paire, par exemple ; elle occupe d'autres fois un membre tout entier, comme dans l'intoxication saturnine.

Dans d'autres circonstances, elle est plus étendue encore, même sans lésion du mouvement. Ainsi, on connaît le cas curieux de la Condamine, qui avait perdu complétement la sensibilité des mains tout en conservant le mouvement. Mais ces faits sont en dehors du sujet qui nous occupe: les lésions de la peau ne sont alors que le retentissement, le résultat d'une altération plus ou moins grave, plus ou moins profonde, d'une portion plus ou moins considérable du système nerveux.

Dans quelques circonstances cependant, l'anesthésie s'est présentée comme complication d'une autre maladie de la peau, et alors elle semblait bornée exclusivement au corps papillaire.

Ainsi, dans la remarquable épidémie d'acrodynie, observée à Paris en 1824, j'ai constaté l'existence d'un érythème particulier, siégeant à la paume des mains et à la plante des pieds, et accompagné d'une lésion manifeste de la sensibilité. Celle-ci, il est vrai, était quelquefois exagérée; mais le plus souvent elle consistait dans des symptômes d'anesthésie si complets, que les malades perdaient la sensation du chaud et du froid.

Il existe enfin une maladie grave, dans laquelle l'anesthésie joue un rôle très important, surtout au point de vue du diagnostic : je veux parler du *tsarath*. En effet, cette redoutable affection est, comme nous le savons, caractérisée au début, par des taches qui ont pour signe pathognomonique d'être le siége d'une insensibilité telle, qu'on peut y enfoncer des épingles sans que les malades le sentent.

L'*hyperesthésie* ou la lésion de la sensibilité en plus peut, au même titre que l'anesthésie, exister aussi comme épiphénomène plus ou moins important, dans l'acrodynie épidémique, par exemple, dans certaines formes du tsarath.

Elle se présente encore comme épiphénomène nerveux, dans plusieurs maladies de la peau, ainsi dans certaines éruptions aiguës, dans l'urticaire, dans le début de la plupart des fièvres éruptives.

Enfin, et c'est là surtout ce qu'il nous importe le plus de noter ici, elle constitue, à titre fondamental, toute une classe de maladies à part, soit qu'elle existe seule, soit qu'elle se manifeste concurremment avec une éruption; elle se montre surtout alors sous la forme d'hyperesthésie prurigineuse; quant à l'éruption, elle est constituée par

de petits boutons pleins, ne contenant ni sérosité ni pus, avec ou sans changement de couleur de la peau, et qu'on appelle *papules*.

Elle comprend des maladies fort intéressantes, ce sont: l'hyperesthésie proprement dite, le prurigo et le lichen.

HYPERESTHÉSIE SANS PAPULES.

L'exagération de la sensibilité de la peau n'est pas chose très rare, qu'elle soit généralement répandue, d'ailleurs, ou, ce qui est plus commun, qu'elle soit fixée à des surfaces peu étendues. Elle varie beaucoup sous le rapport de l'intensité; ainsi, il y a des personnes qui, sous la moindre influence, éprouvent des démangeaisons sur différens points de la surface du corps, sans que celles-ci soient assez incommodes ou assez cuisantes pour constituer une véritable maladie. D'un autre côté, j'ai vu des individus chez lesquels cette sensation exagérée, non-seulement déterminait un état maladif réel, mais, dans certains cas, devenait la source de souffrances vraiment intolérables.

J'ai vu plusieurs fois des malades, et principalement des femmes qui ne pouvaient s'asseoir sur le siége le plus doux, sans qu'il leur semblât reposer sur du crin, ou bien éprouver dans l'épaisseur de la peau des douleurs instantanées, mais vives, qui allaient quelquefois jusqu'à leur arracher des cris, et qu'elles comparaient à la sensation d'une aiguille qui aurait traversé les tissus; ce sont des cas analogues d'hyperesthésie que Willan a décrits sous le nom de *urticaria subcutanea*.

J'ai été consulté par un malade, chez lequel la peau tout entière était douée d'une irritabilité telle, qu'il ne pouvait porter que des vêtemens très lâches et très larges. Cette hyperesthésie remontait à plusieurs années déjà, et elle était évidemment l'expression à la peau de troubles nerveux apportés dans la constitution par le genre de vie du malade. Cet homme, voué à l'enseignement, se livrait depuis longues années à un travail excessif, à des veilles prolongées. Quand je l'ai vu, il était tourmenté par un sentiment d'ardeur à la peau, tellement intense et persistant, qu'il en était réduit à ne porter presque que des habits de femme, puisqu'à partir de la ceinture il ne pouvait plus supporter sur la peau le moindre contact d'un vêtement.

Mais c'est le plus souvent sous forme de prurit que se présente l'hyperesthésie de la peau. Elle constitue une maladie fort curieuse que les anciens ont parfaitement connue et décrite sous le nom de *pruritus*. On la trouve signalée dans un cadre à part, notamment par Minadons (1) et Campolongi (2), qui admettaient un principe particulier, une sorte de diathèse prurigineuse, présidant à son développement.

C'est ce que l'on peut appeler l'hyperesthésie essentielle.

Le prurit est variable, à marche irrégulière, pouvant s'augmenter sous certaines influences accidentelles, affectant quelquefois dans ses retours un véritable type périodique et intermittent, mais sans être accompagné d'autres phénomènes d'éruption ou d'inflammation.

SYMPTÔMES. L'hyperesthésie essentielle peut être générale. Sous ce type assez rare d'ailleurs elle varie beaucoup d'intensité. Ainsi, à son degré le plus simple, elle consiste dans des démangeaisons légères, se développant sous la moindre influence, un écart de régime, une émotion morale vive, ayant une durée ordinairement courte. Dans d'autres cas, soit spontanément, soit par suite de l'aggravation progressive de la maladie, le prurit est beaucoup plus marqué. Ce ne sont plus seulement des sensations presque agréables; le malade est tourmenté par des démangeaisons très vives, qui s'exaspèrent sous l'influence de la digestion, de la chaleur du lit, d'excès ou de contentions morales. Elles constituent alors un véritable supplice, et il n'est pas rare de voir l'hyperesthésie, parvenue à ce point, consister dans une sensation indéfinissable, mais telle que les malades sont menacés de syncope. Le prurit est vraiment irrésistible. Les ongles ne suffisent plus à l'action de se gratter : les malades emploient les corps les plus durs, et ce n'est souvent qu'à la condition d'y suppléer une véritable douleur locale, qu'ils oublient un instant les démangeaisons dont ils sont victimes.

L'hyperesthésie générale affecte quelquefois, dans sa marche, une périodicité remarquable. Je l'ai vue, entre autres, chez un ancien militaire, apparaître tous les jours, aux mêmes heures. Ce malade attribuait son affection à une ancienne gale qui, disait-il, avait été mal guérie. Ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans cette allégation, c'est que la gale, qui s'accompagne elle-même de démangeaisons très vives, avait pu devenir, chez lui, le point de départ de la maladie hyperesthésique dont il était alors atteint. Quoi qu'il en soit, chez ce malade comme chez le précédent, le prurit, extrêmement violent, existait sans aucune lésion apparente à la peau.

L'hyperesthésie générale est une maladie ordinairement très tenace. Quand elle dure depuis long-temps, elle peut produire l'insomnie, l'amaigrissement, conduire même à des idées de suicide. Si elle a pour caractère essentiel de

(1) *De humani corporis turpitudinibus;* Patavii, 1600, page 60.

(2) *Tractatus de morbis cutaneis;* Paris, 1624, page 741.

n'être, à aucun moment, compliquée de papules, il peut arriver cependant que la peau irritée devienne le siége d'une éruption. On observe alors surtout des affections eczémateuses; mais celles-ci sont purement accidentelles, et leur marche est indépendante de l'existence de l'hyperesthésie elle-même.

Le plus souvent l'hyperesthésie est locale, et alors aussi elle est bornée à des points très limités. On l'observe surtout aux parties génitales et à l'anus.

Chez l'homme, l'hyperesthésie locale est le plus souvent fixée au scrotum, où elle se manifeste par un prurit très variable dans son intensité. Quand la maladie est récente, les démangeaisons sont ordinairement supportables. Si celles-ci sont quelquefois tout d'abord très vives, le plus souvent elles n'ont ce caractère que quand l'hyperesthésie est déjà ancienne. Le prurit n'existe d'ailleurs que très exceptionnellement à l'état continu. Il revient par accès, affectant même, dans ses retours, une espèce de régularité. Il s'exaspère sous certaines influences, la chaleur du lit, les contensions morales, et surtout les excès de régime. Alors il n'est pas rare de le voir acquérir une certaine intensité intolérable. Les malades, sollicités par des démangeaisons brûlantes, se grattent jusqu'à se déchirer, jusqu'à ce que l'excès de la douleur éteigne l'excès du prurit. A cet état de l'hyperesthésie, j'ai observé souvent que la peau du scrotum devenait le siége d'une sécrétion sébacée, comme caséeuse. Elle est souvent, en outre, épaissie, dure comme dégénérée.

Cette variété peut s'étendre, gagner le périnée et la marge de l'anus; mais, à quelque degré qu'elle parvienne, quelle que soit sa durée, on n'observe que très exceptionnellement des élévations ou des indurations qui ressemblent à des papules.

Chez la femme, l'hyperesthésie des parties génitales peut rester limitée au pubis, aux bords de la vulve, et alors, bien que souvent très vives, les démangeaisons sont facilement tolérées par les malades. Mais le plus souvent le prurit gagne le vagin, et il peut déterminer alors des troubles nerveux des plus pénibles. L'action de se gratter procure d'abord des sensations agréables, qui deviennent une cause d'onanisme; et cette habitude ne tarde pas à réagir elle-même sur la maladie, en facilitant les exacerbations de l'hyperesthésie. Comme chez l'homme, celle-ci procède par accès; elle s'aggrave par sa durée et sa persistance; elle pénètre de plus en plus profondément dans les organes génitaux et peut produire la nymphomanie avec tous les désordres physiques et moraux qu'elle entraîne. Biett citait, dans ses leçons, le fait d'une femme âgée de soixante ans et qui, atteinte d'une hyperesthésie des organes génitaux, éprouva de graves accès de nymphomanie, avec une telle intensité, qu'elle tombait en syncope à la vue d'un jeune homme; j'en ai observé depuis un cas analogue dans lequel les accès revenaient périodiquement. On comprend tous les inconvénients de cette maladie parvenue à un pareil degré; et cependant elle existe même sous cette forme pénible, sans présenter aucune trace d'éruption papuleuse.

Cette variété de l'hyperesthésie s'aggrave occasionnellement sous l'influence de toutes les émotions morales, des écarts de régime; elle peut trouver même une cause d'excitation momentanée dans les soins locaux employés pour la combattre. Elle est toujours longue et difficile à guérir.

L'hyperesthésie de l'anus a été décrite sous le nom de *prurigo podicis*. Elle existe surtout chez l'homme et est bien plus fréquente que celle des parties génitales. Elle débute par des démangeaisons peu intenses d'abord; celles-ci augmentent progressivement; l'action de se gratter devient, pour elles, une cause incessante d'exacerbation et, à la longue, elles finissent par devenir pour le malade une source de tourments intolérables.

La maladie peut rester bornée à la marge de l'anus, et alors elle constitue une affection qui, bien que pénible, est encore supportable; mais il arrive qu'elle s'étend aux sphincters, que même elle gagne l'intérieur de l'intestin, et c'est surtout dans ce cas qu'elle détermine des troubles nerveux vraiment graves. Les malades se grattent avec passion, avec fureur; ils se déchirent, et des excoriations plus ou moins profondes, de véritables cassures de la peau viennent joindre leurs inconvénients locaux au supplice de l'hyperesthésie. Alors aussi, la marge de l'anus est épaissie, boursouflée, sillonnée de plis que baigne une sécrétion fade, nauséabonde. Le prurit peut, aggravé par des exacerbations incessantes, acquérir une telle intensité, qu'il empoisonne la vie du malade et devient, pour lui, une cause permanente d'angoisses et d'anxiété inexprimables. Dans tous les cas, cette hyperesthésie s'augmente sous toutes les influences morales que nous avons déjà signalées. Ses retours sont singulièrement provoqués par la chaleur du lit; le plus petit excès amène souvent une recrudescence des plus pénibles.

Cette hyperesthésie peut, en s'étendant, gagner le scrotum chez l'homme, chez la femme, les parties génitales. Elle est toujours très rebelle, et je l'ai vue, dans quelques cas, persister indéfiniment.

HYPERESTHÉSIE AVEC PAPULES; PRURIGO; LICHEN.

Nous avons vu que l'hyperesthésie était accompagnée très souvent d'autres symptômes à la peau, c'est-à-dire de papules, avec ou sans rougeur, d'ulcérations, de sécrétion, de desquamation, etc. Dans ce type, la maladie prurigineuse forme des affections de la peau très curieuses à étudier et qui, selon la forme et la disposition des papules,

selon aussi quelques différences de marche, appartiennent à deux espèces principales, décrites sous le nom de *Prurigo* et de *Lichen.*

PRURIGO.

Définition. Le terme de prurigo a été employé fréquemment par les anciens, qui désignaient, sous ce nom, toutes les affections prurigineuses, qu'elles existassent d'ailleurs sans éruption à la peau, ou qu'elles fussent accompagnées de symptômes cutanés sans caractères bien définis. Willan, et, après lui, Biett ont assigné à cette dénomination une valeur précise. Ils ont fait du prurigo une maladie essentiellement papuleuse. Nous lui avons conservé cette signification, mais en y ajoutant les caractères qui doivent le rattacher au groupe des lésions de sensibilité.

Le prurigo est une hyperesthésie de la peau, caractérisée par un prurit plus ou moins intense et par des papules ordinairement assez larges, le plus souvent sans changement de couleur à la peau, isolées, distinctes, surmontées accidentellement, à leur centre, de petites croûtes noirâtres, résultant de gouttelettes de sang coagulé. Le prurigo siége surtout aux épaules, au cou, aux bras dans le sens de l'extension.

On en a admis trois espèces : le *prurigo mitis* et le *prurigo formicans* qui semblent ne différer entre eux que par le plus ou moins d'intensité des symptômes ; le *prurigo senilis*, dont le caractère distinctif, indépendamment de l'intensité exceptionnelle et de la ténacité du prurit, est d'affecter particulièrement les vieillards.

Symptômes. Sous sa forme la plus légère, le prurigo débute par un prurit quelquefois presque agréable, limité le plus souvent à des surfaces peu étendues, au tronc ou aux membres, par exemple. Cet état persiste pendant un espace de temps variable, depuis plusieurs heures jusqu'à quelques jours ; puis sur les points affectés, on voit apparaître de petites papules isolées, discrètes, aplaties, peu étendues, conservant la couleur de la peau. Le développement de ces papules est accompagné de démangeaisons, presque toujours assez légères, pour être facilement supportées. Comme cette variété du prurigo se manifeste le plus souvent sous l'influence d'une émotion morale vive, il n'est pas rare de lui voir présenter un type d'inflammation semi-aiguë, avoir alors une marche assez rapide et se terminer en deux septenaires au plus. C'est le *prurigo mitis.*

A un degré d'intensité plus marquée, le prurigo s'annonce par un prurit local plus vif, qui persiste pendant un temps plus ou moins long. Les points affectés deviennent le siége de papules plus larges, plus saillantes, aplaties, qu'accompagnent des démangeaisons ardentes, très incommodes. Celles-ci reviennent par accès, surtout le soir; elles s'augmentent sous l'influence de toutes les causes que nous avons signalées, de la digestion, de la chaleur du lit, etc. Le malade a la sensation d'insectes qui rongeraient la peau, d'un fourmillement pénible, circonstance qui a fait donner à cette variété le nom de *prurigo formicans.* L'observation m'a permis de signaler un phénomène curieux et qui prouve bien la nature de la maladie, c'est que le prurit est loin d'être toujours en raison du nombre des papules. Ainsi là où l'on constate à peine l'existence de quelques points papuleux, disséminés sur le tronc, par exemple, le malade est tourmenté de démangeaisons violentes et largement répandues. J'ai pu remarquer aussi que le caractère papuleux de cette hyperesthésie dépend de certaines conditions individuelles; ainsi, il serait surtout prononcé chez les sujets à peau fine, impressionnable, tandis qu'il serait à peu près nul chez les personnes à peau résistante, peu sensible.

Quand le *prurigo formicans* dure depuis quelque temps, surtout chez les individus jeunes, le prurit est plus fort; les malades se grattent plus violemment; ils déchirent les papules, d'où il s'écoule une petite gouttelette de sang, qui se coagule et forme une petite croûte noirâtre. Ce caractère est sans doute accidentel; il peut manquer; mais, quand il existe, ce qui a lieu le plus souvent, il constitue un signe vraiment pathognomonique. Cette petite croûte, en tombant, laisse un point peu saillant, quelquefois une surface de niveau avec la peau. Dans quelques cas même, on observe de petites cicatrices très légères, qui semblent accuser que cette croûte intéressait plus profondément le tissu cutané.

Le *prurigo formicans* a une durée variable. Quelquefois les papules ne se reproduisent pas; elles se terminent par résolution et par desquammation légère et la maladie peut finir en deux ou trois septenaires. Souvent, au contraire, elle est entretenue par de nouvelles irruptions de papules et, alors, l'hyperesthésie dure plus long-temps, pendant plusieurs mois, par exemple.

Le *prurigo senilis* affecte surtout les vieillards; mais on l'observe aussi dans des conditions qui peuvent produire accidentellement cette débilitation qui est l'apanage de la vieillesse. Ainsi, il n'est pas rare de le rencontrer chez de jeunes sujets, dont la santé est appauvrie par la misère, dont la constitution est altérée par l'habitation dans des lieux malsains, par le séjour des prisons, par les privations, les excès, par de longues maladies.

Cette variété a pour caractère constant d'être entretenue et aggravée indéfiniment par des exacerbations successives et incessantes. Elle fait des progrès lents, mais continus. L'éruption papuleuse s'étend et se généralise, en même



Bocourt del.

Visto sculp.

Prurigo.

Publié par LABÉ, Editeur, à Paris.

Imp. F. Chardon ... Hautefeuille, Paris



Bocourt del.

Veste sculp.

Lichen simple.

à Paris chez LABÉ, Editeur.

temps que le prurit acquiert une intensité de plus en plus grande. La peau tourmentée s'épaissit, devient chagrinée, rugueuse; elle est parsemée de papules globuleuses, larges, comme indurées. Les malades, exaspérés par des démangeaisons atroces, n'ont plus assez de leurs ongles pour se gratter. Ils emploient les corps les plus durs; on en a vu se servir de couteaux et d'étrilles, et se déchirer jusqu'à ce qu'ils éteignent dans leur sang le prurit effroyable qui les tourmente. Le tableau que l'on a tracé de ces souffrances a pu paraître exagéré; et cependant il est vrai de dire que les désordres nerveux auxquels les malades sont en proie, peuvent être tels, qu'ils leur donnent l'idée du suicide. J'ai vu de ces cas affreux, et je ne connais pas d'expression qui puisse rendre l'effet d'un tel spectacle. Quand l'hyperesthésie est parvenue à ce degré, la peau s'altère; elle présente un épaississement et une dureté considérables; on dirait un tissu dégénéré. Elle devient aussi le siége de pustules, de furoncles, d'abcès, entremêlés de cicatrices. Enfin, sous l'influence de perturbations nerveuses poussées aux dernières limites, la vie des malades, en proie à l'insomnie, à la fièvre, au marasme, peut être sérieusement compromise.

Cette variété est toujours excessivement rebelle; elle a une durée très longue; dans quelques cas même, elle est incurable.

Willan avait admis une autre variété, qu'il appelait *prurigo pedicularis,* et remarquable surtout par la présence de poux; mais ce caractère ne saurait suffire pour constituer une espèce distincte: c'est tout au plus une complication qu'on peut signaler, mais sans lui donner la valeur que lui attribuait le pathologiste anglais.

LICHEN.

Définition et division. Le nom de lichen dérive du mot grec λειχὴν, que l'on trouve fréquemment usité dans les anciens, mais avec des acceptions bien différentes. Ainsi, Hippocrate semble l'avoir employé surtout pour spécifier une éruption résultant à la peau d'une fluxion dépuratoire. Il aurait servi, en outre, à désigner tantôt une maladie prurigineuse, tantôt un impetigo, tantôt même une affection épidémique ou contagieuse. Willan l'a adopté en lui donnant une signification précise, sanctionnée depuis par l'autorité de Biett. Ce mot s'appliquait à une éruption papuleuse, bien définie. Nous lui avons conservé ce sens pratique, en le complétant au point de vue des considérations que nous avons émises sur la nature des maladies prurigineuses.

Le lichen est une hyperesthésie de la peau, non-seulement caractérisée par du prurit, mais accompagnée de papules ordinairement très petites, agglomérées, quelquefois même confluentes, pouvant conserver la couleur de la peau, mais, dans le plus grand nombre des cas, présentant une coloration plus ou moins rouge; et plus tard, divers produits d'inflammation, tels que la sécrétion d'un liquide séro-purulent, la formation de squames ou de croûtes, etc.

Le lichen se présente avec des caractères bien différens d'aspect, de marche, d'intensité; et ces différences ont fait admettre un grand nombre de variétés, que nous rapporterons à deux types distincts : le *lichen simplex* et le *lichen agrius*.

Symptômes. *Lichen simplex.* Cette variété peut exister à l'état aigu ou à l'état chronique.

Dans le premier cas, elle débute ordinairement au col, au visage, par un prurit assez vif, avec un peu de chaleur à la peau. Les points affectés deviennent rapidement le siége d'une éruption de papules très petites, de la grosseur d'un grain de millet, agglomérées sur des surfaces plus ou moins étendues, irrégulières, quelquefois légèrement érythémateuses. Ces papules sont rouges, enflammées; elles s'accompagnent de démangeaisons incommodes, mais supportables; quand elles sont largement répandues au visage, celui-ci peut paraître comme boursouflé. Au bout de trois ou quatre jours, la rougeur diminue, les papules s'affaissent, le prurit s'éteint peu à peu, et la maladie se termine par une desquamation très légère, après avoir duré deux septenaires au plus. Le lichen simplex aigu est toujours une affection légère. Willan avait cru pouvoir dire qu'elle est toujours précédée d'un mouvement fébrile; mais ce symptôme n'est évidemment qu'exceptionnel, et si on le remarque, c'est quand l'éruption est très étendue.

Dans le lichen simplex, chronique, beaucoup plus fréquent d'ailleurs que le type aigu, l'hyperesthésie s'annonce par un prurit plus vif, sans aucun sentiment de chaleur aux points affectés : ceux-ci se recouvrent de papules petites, agglomérées, mais conservant la couleur de la peau, à ce point que l'éruption est surtout appréciable au toucher qui a la sensation d'une surface hérissée de petites saillies, pleines, résistantes. Ces papules restent assez long-temps stationnaires, accompagnées de démangeaisons qui reviennent par accès, mais qui, si vives qu'elles soient, sont encore supportables. La maladie est entretenue en outre par des éruptions nouvelles, et il n'est pas rare de la voir persister ainsi pendant plusieurs mois ; elle a souvent alors pour effet de déterminer un épaississement de la peau qui devient sèche, rugueuse, et se recouvre d'une desquamation ordinairement très légère. Quelquefois aussi, quand la maladie a disparu, elle laisse, après elle, des empreintes brunes qui persistent long-temps.

Il faut rapporter au *lichen* deux variétés assez curieuses, que l'on a décrites sous les noms de *lichen urticatus* et de *lichen strophulus*.

Le *lichen urticatus* s'annonce par des démangeaisons vives, le plus souvent fixées au cou et à la face, et que suit bientôt l'apparition de papules ou élévations papuleuses, plus larges, plus rouges que celles du lichen simplex ordinaire, plus saillantes, plus arrêtées que les plaques de l'urticaire. Assez souvent confluentes, très enflammées, elles s'accompagnent d'un prurit âcre et brûlant. C'est une éruption fugace, à marche irrégulière. Ainsi, elle disparaît spontanément, en trois ou quatre jours, pour reparaître après un court espace de temps. Elle se termine toujours par résolution, et par une desquamation furfuracée. Le *lichen urticatus* affecte de préférence les jeunes gens, les individus à peau fine, irritable; il se manifeste surtout au printemps et dans l'été.

Le *lichen strophulus* ne se montre que chez les jeunes enfans. Il coïncide souvent avec le travail de la première dentition ou avec un trouble des voies intestinales. Cette éruption, toujours aiguë, se manifeste sous forme de papules, ordinairement assez larges, mais offrant cela de particulier, qu'elles peuvent être ou plus rouges ou plus blanches que le reste de la peau, ce qui a permis de les étudier à un double point de vue.

Les papules du strophulus peuvent présenter des différences d'aspect, de disposition, qui en ont fait admettre plusieurs variétés. Très enflammées, proéminentes, éparses çà et là, et entremêlées de taches érythémateuses, elles forment le *strophulus intertinctus*. Plus petites, plus confluentes, elles constituent le *strophulus confertus*. Disposées enfin par groupes, assez régulièrement arrondies, elles ont servi à distinguer les *strophulus volaticus*.

Les papules sont quelquefois plus blanches que la peau; et, si elles sont petites, reposant sur une légère aréole inflammatoire, elles constituent le *strophulus albidus*. Si elles sont au contraire larges, sans inflammation à leur base, c'est le *strophulus candidus*.

Comme on le voit, ces variétés ont peu d'importance, et il suffit presque de les signaler pour en rendre l'appréciation facile dans tous les cas. Le strophulus est une maladie éphémère et bénigne. Elle dure de un à trois septenaires; elle n'exige pour traitement que quelques bains tièdes à l'enfant, et des boissons rafraîchissantes pour la nourrice.

Lichen agrius. Cette variété succède quelquefois au *lichen simplex;* dans d'autres cas, elle se déclare tout d'abord sous la forme qui lui est propre. Mais elle a toujours une intensité qui en fait, dans certains cas, une affection sérieuse, et qui lui a valu le nom qu'elle porte.

Le lichen agrius, toujours précédé et accompagné d'un prurit très prononcé, consiste dans une éruption de papules enflammées, rouges, et réunies en grand nombre sur des surfaces érythémateuses, saillantes, comme acuminées, luisantes, accompagnées d'une tension douloureuse, d'une cuisson mêlée de démangeaisons. Celles-ci s'augmentent par toutes les causes qui produisent le trouble du système nerveux; elles reviennent ou s'exaspèrent par accès. Sous l'influence et l'extension de l'hyperesthésie, et de l'action des ongles qui irritent, en les grattant, les surfaces malades, les élevures augmentent; l'inflammation s'accroît; le sommet des papules s'ulcère; il s'en écoule une sécrétion séro-purulente qui donne lieu à la formation de petites croûtes, verdâtres, sèches, rugueuses, assez adhérentes, reposant sur des surfaces chagrinées, et séparées par des intervalles où la peau apparaît comme hérissée de papules.

L'hyperesthésie peut rester bornée à cet état. Au bout de deux ou trois semaines, la tuméfaction diminue, l'inflammation s'amende, les papules s'effacent et sont remplacées par une desquamation presque farineuse qui termine la maladie. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Dans un grand nombre de cas, l'affection est entretenue et aggravée indéfiniment par des éruptions successives, comme superposées. Les malades sont en proie à des démangeaisons atroces, brûlantes, sujettes, comme l'éruption elle-même, à des recrudescences de plus en plus violentes; elles deviennent quelquefois intolérables et causent des troubles nerveux graves, le délire ou la syncope.

Cette forme, que l'on peut appeler le lichen agrius chronique, a une durée ordinairement très longue; elle persiste pendant des mois et même pendant des années. C'est alors que tous les élémens de la papille sont successivement et complétement affectés. La lésion nerveuse se traduit par un prurit affreux; l'inflammation révèle ses progrès incessans par l'ulcération des plaques papuleuses, par la formation d'un liquide séro-purulent, de squames et de croûtes. Les altérations de la sécrétion épidermique ne tardent pas à joindre leurs phénomènes à ceux qui existent déjà. La peau s'épaissit; elle est sèche, dure, parcheminée, vergetée des rayures qu'y ont tracées les ongles des malades, impuissans à pénétrer cette enveloppe qui ressemble à un tissu dégénéré. Si le lichen a envahi les mains, la matrice de l'ongle est atteinte et l'ongle lui-même, altéré par une sécrétion vicieuse, est inégal, rugueux, piqueté, cassant. Enfin, l'appareil de la sécrétion chromatogène participe lui-même à la lésion papillaire, et les surfaces affectées prennent une teinte jaunâtre, très remarquable, caractéristique, qui persiste ordinairement avec une ténacité extrême. Tant que ces altérations de la consistance et de la couleur de la peau subsistent, elles sont un signe certain que la maladie n'est pas complétement modifiée.

Le lichen agrius chronique est souvent compliqué d'autres éruptions, de vésicules d'eczéma, ou de pustules d'impétigo. Quelquefois aussi il est accompagné de pustules d'ecthyma, de furoncles. Quand il siége au visage, il y produit souvent une véritable déformation des traits. C'est, dans tous les cas, une affection des plus tenaces, surtout aux mains où, fixée à la face dorsale des doigts, elle persiste encore après que la maladie a disparu sur tous les autres points.

On a admis un certain nombre de variétés de lichen, basées sur des circonstances de siége, de couleur, de disposi-



Bocourt del.

Visto sc.

Lichen agrius

à Paris chez LABÉ, Editeur.

tion. Il suffit de les citer pour en faire apprécier la valeur. C'est le *lichen pilaris*, dans lequel la papule, à peine appréciable, existerait à la base du poil; le *lichen lividus*, dont les papules présentent une teinte pourprée; le *lichen circumscriptus*, dans lequel l'éruption est limitée à des surfaces rondes bien arrêtées; le *lichen gyratus*, qui consiste dans des plaques papuleuses disposées en rubans, plus ou moins symétriquement dessinés.

Causes et nature. Comme je le disais au commencement de ce chapitre, et comme il ressort des descriptions que je viens de vous soumettre, nulle part l'étude anatomique, et l'observation pathologique ne sont aussi complétement d'accord que dans l'étude des maladies qui composent ce groupe des lésions de la sensibilité de la peau.

D'un côté, en effet, nous pouvons constater l'existence d'un corps papillaire, aboutissant final de ce système nerveux, comme spécial, qui donne à la peau la sensibilité exquise dont elle est pourvue; d'un système vasculaire très prononcé, d'une enveloppe protectrice, formée par la matière épidermique, et comme partout où il y a de la matière blennogène, de la présence de la matière colorante.

D'un autre côté, nous observons des altérations de sensibilité en plus ou en moins: un gonflement des papilles, et par suite leur développement exagéré, formant ce qu'on appelle des *papules*; des inflammations avec produits anormaux, un épaississement remarquable, de la desquamation, enfin un changement de couleur des parties affectées.

Ainsi les différens phénomènes par lesquels peuvent se traduire les lésions de sensibilité de la peau, correspondent pour ainsi dire individuellement à chaque partie plus spécialement affectée du corps papillaire.

Si maintenant, en partant de ce point, nous cherchons à apprécier la nature intime de ces affections, nous les voyons se comporter à la manière de toutes les maladies dites nerveuses, se développer sous les mêmes influences, dans les mêmes conditions, souvent alterner avec d'autres troubles nerveux, ayant un siége différent plus ou moins éloigné; nous arrivons ainsi, par la double voie, et de l'étude anatomique, et de l'observation pathologique, à admettre une grande classe de lésions de sensibilité de la peau, siégeant dans le corps papillaire, classe à laquelle appartiennent les formes papuleuses, bien que l'éruption puisse manquer alors que la maladie présentera la plupart de ses caractères, et surtout le prurit qui joue le principal rôle.

Si nous avions besoin de nouvelles preuves pour démontrer la nature nerveuse des maladies qui forment le groupe de l'hyperesthésie de la peau, nous les trouverions dans l'étiologie de ces affections si intéressantes à étudier.

L'hyperesthésie de la peau se développe, en général, chez les individus impressionnables, d'un tempérament nerveux, chez les femmes, chez les sujets à peau fine et sensible. On l'observe surtout dans la jeunesse et dans l'âge adulte, là où les fonctions nerveuses ont le plus d'activité. Elle coïncide très fréquemment avec d'autres troubles nerveux, d'autres névroses, avec la gastralgie, par exemple. Chez les femmes, elle accompagne les accès névralgiques, des douleurs utérines. On la voit survenir, dans la plupart des cas, à la suite d'émotions morales vives, de violens chagrins, de contentions d'esprit excessives, de veilles, etc. Elle est constamment aggravée par toutes les causes d'excitation générale, par les excès, par l'ingestion de certains alimens. Enfin, l'hyperesthésie partage, avec toutes les névroses, ce caractère particulier, qu'elle se reproduit par accès, qu'elle est soumise, dans ses retours, à une périodicité souvent très régulière.

L'hyperesthésie locale est, indépendamment des causes que nous venons d'indiquer, déterminée et entretenue surtout par le contact des vêtemens, par les sécrétions habituelles des parties affectées, par un flux leucorréhique, par des hémorroïdes, etc.

Les causes qui président au développement de l'hyperesthésie, en général, sont aussi celles du prurigo et du lichen. Cependant, certaines circonstances semblent influer plus particulièrement sur l'apparition de l'une ou de l'autre de ces maladies.

Le prurigo est plus commun chez l'homme que chez la femme; il est très fréquent dans la seconde enfance; mais il semble surtout avoir pour point de départ toutes les causes de débilitation de l'économie, telles que la misère, la malpropreté, les privations, l'habitation dans des lieux malsains, les maladies graves, et enfin la vieillesse, surtout quand elle est jointe à des excès habituels, au manque de soins hygiéniques, à une existence misérable.

Le lichen se développe quelquefois chez de jeunes sujets, dans la première ou la seconde enfance et, chose remarquable, il continue souvent alors les gourmes. Celles-ci, en effet, sont accompagnées le plus souvent de démangeaisons vives. Il semble que la peau se soit habituée aux troubles nerveux qui produisent ce prurit, que l'hyperesthésie a pris droit de domicile. Seulement, à mesure que l'enfant avance dans la vie, l'élément lymphatique sous l'influence duquel se sont manifestées les gourmes, cet élément s'amoindrit de plus en plus, et alors, l'élément nerveux prenant de plus en plus de l'importance, on voit l'hyperesthésie survivre à tous les symptômes de gourme et se compliquer, sur place, d'un lichen ordinairement très rebelle, très difficile à modifier. C'est là, sans contredit, une des causes les plus curieuses de l'hyperesthésie de la peau.

Le lichen affecte de préférence les adultes, chez lesquels il est entretenu par les écarts de régime, les travaux excessifs, etc. Il peut se développer aussi sous l'influence de causes locales. On a décrit un *lichen tropicus* qui serait le résultat direct de l'insolation. On observe très fréquemment le lichen sur les mains des individus obligés de manier, par état, des substances pulvérulentes, chez les épiciers et les quincailliers, ou bien chez des ouvriers exposés à un

feu ardent, tels que les cuisiniers et les forgerons. Mais dans tous ces faits, il faut tenir compte de la prédisposition nerveuse naturelle, qui est toujours la cause essentielle de l'hyperesthésie.

L'hyperesthésie, avec ou sans papules, n'est jamais contagieuse.

Diagnostic. L'hyperesthésie prurigineuse, quand elle existe sans papules, a des caractères si tranchés, qu'elle ne saurait être confondue avec aucune autre affection. Il n'en est pas de même de l'hyperesthésie avec papules.

Le prurigo pourrait être confondu, soit avec le lichen, soit avec la gale. Pour le séparer du lichen, outre que la confusion serait peu importante, il suffit de se rappeler que, dans celui-ci, les papules sont petites, agglomérées, tandis que dans le prurigo, elles sont larges, isolées et recouvertes d'une petite croûte noirâtre qui est, il ne faut pas l'oublier, un signe caractéristique.

Si l'on se rappelle que la gale est une éruption vésiculeuse, il semble difficile d'admettre qu'on puisse la confondre avec le prurigo qui est une affection papuleuse. Cette erreur a cependant eu lieu. Pour l'éviter, il faut se rappeler que le prurigo siége surtout au col, au dos, aux membres, dans le sens de l'extension, tandis que la gale se montre de préférence au ventre, à la partie interne des bras, aux poignets, autour des malléoles, mais surtout entre les doigts. Si l'on ajoute que la gale est caractérisée par des vésicules petites, acuminées, recouvertes, quand elles se déchirent, d'une petite squame épidermique, entremêlées de petits sillons linéaires, etc., on la distinguera facilement du prurigo à papules larges, aplaties, surmontées d'une croûte de sang coagulé.

Le diagnostic du lichen simplex peut être plus difficile. Mieux encore que le prurigo, on a pu le confondre avec l'eczéma ou la gale; les caractères qui nous ont servi à séparer celle-ci du premier, sont les mêmes que nous avons à invoquer pour la distinguer du lichen. Quant à l'eczéma, on pourrait plus aisément le confondre surtout dans les cas où l'éruption repose sur des surfaces tellement enflammées, que les vésicules transparentes prennent la couleur érythémateuse de la peau. Mais l'eczéma est toujours caractérisé par des vésicules, et ce sont des papules que l'on trouve dans le lichen; alors aussi, dans l'éruption vésiculeuse, on signale plutôt un sentiment d'ardeur et de cuisson que le prurit qui est le signe essentiel de l'hyperesthésie papuleuse.

Il peut être plus difficile de séparer le *lichen circumscriptus* de l'*herpès circinné*, à cause de la forme arrondie, de la sécheresse, et aussi de la couleur, communes aux deux affections. Mais dans le lichen, la plaque, nette à ses bords, repose sur une surface de la couleur de la peau; elle est malade dans toute son étendue; elle est rugueuse au toucher; dans l'herpès, au contraire, la plaque, plus diffuse à sa circonférene, est entourée d'une aréole légèrement érythémateuse; elle est évidée au centre qui est sain, de manière à former un anneau; enfin, elle est recouverte d'une desquamation farineuse, mais sans rugosité. Si, après cela, l'erreur était encore possible, le diagnostic devrait être rendu plus certain encore par la présence des lésions élémentaires ou des phénomènes consécutifs propres à chacune de ces maladies. Le lichen se révélerait bientôt suffisamment par ses papules et ses produits d'inflammation.

Il y a entre le *lichen urticatus* et l'*érythème papuleux* une certaine analogie de marche et d'aspect qui pourrait les faire confondre. Cependant, dans l'érythème papuleux, la maladie est caractérisée par de véritables plaques irrégulières, suivant leurs phases sur le même point, sans rémission ni retour par accès. Ces caractères doivent le séparer complétement du lichen urticatus, qui consiste dans des élévations papuleuses plus saillantes, plus rouges, mieux circonscrites, accompagnées de démangeaisons très vives, et, ce qu'il faut remarquer surtout, disparaissant pour se reproduire soit sur les mêmes points, soit sur d'autres surfaces. Quant à l'urticaire, proprement dite, ses plaques ortiées, à marche aiguë et éphémère, ne sauraient être, en aucun cas, confondues avec les papules du lichen.

A cause de l'étendue de ses plaques papuleuses, le lichen urticatus pourrait en imposer pour une syphilide à larges papules; mais dans l'éruption syphilitique les papules ont une couleur cuivrée; elles suivent une marche individuelle très lente; elles ne présentent aucun symptôme d'inflammation ou de prurit. Elles sont d'ailleurs compliquées le plus souvent d'autres affections syphilitiques, et entre autres, d'iritis. Ces caractères sont toujours suffisans pour séparer cette syphilide du lichen urticatus, si chronique qu'il soit.

Le lichen agrius peut, selon ses degrés d'intensité, selon ses divers états, être pris pour un *eczéma* aigu ou chronique. L'eczéma aigu se présente, en effet, avec une sécrétion plus ou moins abondante, avec des squames qui peuvent prêter quelque ressemblance avec le lichen. Mais dans l'eczéma, les surfaces sont lisses, unies, largement excoriées; le suintement est abondant, le liquide sécrété est séreux; les lamelles qu'il forme en se concrétant sont minces, molles, jaunâtres, comme étendues sur les surfaces malades. Dans le lichen, les plaques sont rugueuses, hérissées de papules, excoriées à leur sommet de manière à former une surface ulcérée, non pas d'une manière continue, mais par points isolés et partiels; la sécrétion est peu abondante, le liquide sécrété est séro-purulent, et il donne lieu à la formation de petites croûtes verdâtres, sèches, correspondant à chaque point excorié.

Quand l'eczéma chronique n'est plus caractérisé que par des surfaces sèches, recouvertes de squames empreintes d'une coloration brunâtre, alors il a pu être facile de le confondre avec le lichen agrius. Cependant il est toujours possible de séparer ces deux affections, si différentes par leur nature. Ainsi, quand le lichen n'offre plus de papules caractéristiques, il est remarquable alors par l'épaississement, et la sécheresse de la peau, par le prurit intense qui l'accompagne, par la coloration fauve des points affectés. Ces signes diffèrent essentiellement de ceux de l'eczéma



ocour del.

Lichen chronique.

à Paris chez LABÉ, Editeur.

Imp. F. Chardon ainé, 30, r. Hautefeuille Paris.



Bocourt del. Visto sculp.

Lichen icthyosique

Publié par LABÉ, Editeur, à Paris.

chronique, où la peau est unie, lisse, luisante, comme amincie; où le prurit, quand il en existe, est peu intense et fait rapidement place à une cuisson pénible, quand le malade se gratte; où la coloration est plus rouge, moins persistante.

Il est presque impossible de confondre le lichen avec l'*impetigo*, dont les croûtes épaisses, verdâtres, molles, sont si caractéristiques. Il faut en dire autant pour le *psoriasis* dont les plaques, uniformément papuleuses, recouvertes de squammes d'un blanc chatoyant, comme argenté, n'ont aucun rapport avec les papules du lichen.

Pronostic. L'hyperesthésie n'est que très exceptionnellement une maladie grave, en ce sens qu'elle menacerait la vie du malade; mais elle a, en général, une ténacité qui en fait presque toujours une affection fâcheuse, qu'on ne saurait combattre avec trop de persévérance.

Le pronostic est très variable d'ailleurs selon les divers types que revêt la maladie. Ainsi le *lichen simplex* est une affection presque toujours légère. Le lichen agrius peut être, au contraire, une affection très sérieuse, surtout à l'état chronique. Le prurit affreux qui l'accompagne, les désordres moraux qu'il détermine, son opiniâtreté souvent invincible, en font une maladie vraiment grave. Quant au prurigo, il emprunte une gravité relative, des conditions de détérioration constitutionnelle plus ou moins profonde, au milieu desquelles il se produit. Ainsi le *prurigo senilis* est toujours une affection fâcheuse, quelquefois même au-dessus des ressources de l'art. Elle peut empoisonner la vie du malade, et lui faire désirer la mort, comme un refuge contre ses souffrances.

Traitement. Notre opinion sur les maladies hyperesthésiques de la peau nous conduit à une donnée générale très importante pour leur traitement. En effet, puisqu'elles constituent, avant tout, de véritables névroses, elles doivent être combattues en principe par les moyens dont l'expérience a démontré l'efficacité contre les affections nerveuses en général. C'est ce que j'ai fait depuis long-temps, et les résultats que j'ai obtenus, seraient au besoin, une preuve nouvelle de la vérité de notre manière d'envisager la nature de ces maladies.

Dans la plupart des cas, l'emploi des antispasmodiques ou des antipériodiques suffit pour modifier complétement l'hyperesthésie. J'ai eu recours, avec d'heureux résultats, au sulfate de cuivre ammoniacal, au datura-stramonium, à l'extrait d'aconit (1 gramme, mêlé à une substance inerte pour 40 pilules, dont le malade prendra une le matin et une le soir). J'ai conseillé souvent les pilules de Méglin, surtout dans les cas peu intenses. J'ai obtenu aussi de bons effets de l'emploi du sulfate de quinine, administré à la dose de 20 ou 30 centigrammes, et continué pendant une ou deux semaines.

Quand la maladie est très ancienne, lorsqu'elle est très rebelle, j'ai recours aux préparations arsénicales qui m'ont donné, quelquefois avec une grande rapidité, des résultats complets. Je conseille, ou la solution de Pearson, ou la liqueur de Fowler, selon l'énergie qu'il faut imprimer au traitement. Ces préparations agissent à un double titre, et comme modificateurs puissans des fonctions de la peau, et comme antipériodiques. Elles sont applicables non-seulement aux hyperesthésies sans éruption, mais encore aux affections papuleuses, et notamment aux formes chroniques du lichen, toujours si rebelles et si fâcheuses.

Il peut se présenter, pour le traitement général, certaines indications particulières dont il est important de tenir compte. Ainsi, comme cela arrive surtout pour le *prurigo senilis*, la constitution des malades est profondément altérée et affaiblie par diverses circonstances que nous avons énumérées; il faut alors recourir aux toniques, aux amers. C'est dans ces cas que l'on obtient de bons résultats de l'emploi des bains alcalins, et encore des boissons sulfureuses; c'est alors aussi qu'il convient de soumettre les malades à un régime alimentaire doux, mais substantiel.

Dans d'autres cas, et cela arrive surtout pour le Lichen, la maladie coïncide avec un tempérament lymphatique plus ou moins exagéré. Dans ces conditions se trouvent indiqués les amers dits antiscorbutiques, les feuilles de noyer, le chlorure de calcium long-temps continué, l'iodure de potassium, et enfin l'huile de foie de morue.

Il arrive souvent que, à son début, le *lichen agrius* se présente avec une telle intensité de symptômes, avec un caractère d'acuité si marqué, qu'il devient nécessaire de recourir à un traitement antiphlogistique même énergique. C'est ce qui a lieu surtout chez les sujets jeunes, vigoureux.

Je conseille alors les émissions sanguines, les boissons acidulées, quelquefois des saignées locales.

Dans quelques cas, enfin, l'hyperesthésie, devenue habituelle, a déterminé chez les malades un agacement général, un état nerveux tel qu'il devient nécessaire d'employer les opiacés à l'intérieur.

Mais, en général, je le repète, le traitement interne des hyperesthésies de la peau, avec ou sans papules, consiste dans l'emploi de moyens antispasmodiques variés selon les indications, aidés d'ailleurs de quelques laxatifs, de boissons alcalines, et à la fin de la maladie, de quelques purgatifs légers.

L'observation clinique m'a démontré qu'il faut être très réservé dans l'emploi des topiques, qui ont très souvent l'inconvénient d'augmenter la sensibilité déjà excessive de la peau, de déterminer même une irritation qui aide encore à l'intensité de l'hyperesthésie.

A part quelques cas où l'on observe des phénomènes très marqués d'acuité locale, les émolliens sont rarement

très utiles dans le traitement des affections prurigineuses. La peau les supporte mal ; il semble qu'ils la disposent à une irritabilité qui vient en aide à la maladie.

Les pommades sont aussi très rarement utiles. Il n'y a guère que dans les cas de prurigo que leur emploi puisse être avantageux, quand la peau est sèche, rugueuse, sans aucune trace d'inflammation. Parmi celles qui m'ont le mieux réussi, je citerai la pommade camphrée; une pommade alcaline (carbonate de potasse, 2 à 4 grammes; axonge 30 grammes); une pommade au goudron (goudron, 4 à 8 grammes; axonge, 30 grammes selon l'indication, laudanum de Sydenham, 1 à 2 grammes), et surtout les pommades mercurielles avec le calomel ou l'onguent napolitain. Il est quelquefois utile de recourir à ces pommades dans le traitement du lichen agrius très ancien, quand la peau est comme parcheminée; c'est alors aussi que je conseille une pommade avec le chloroforme (chloroforme, 1 à 2 grammes; axonge, 30 grammes : faire des onctions le soir). Mais ces cas sont exceptionnels et, je le repète, il faut autant que possible s'abstenir de corps gras, qui ont l'inconvénient d'impressionner la peau d'une manière fâcheuse.

De tous les topiques qui ont pu être conseillés dans le traitement des maladies hyperesthésiques, ceux qui conviennent le mieux sont, sans contredit, les topiques liquides.

Les lotions sont toujours utiles. J'en ai employé de toute espèce : lotions alcalines, acides, alcoolisées, salines, escharrotiques. Celles qui m'ont le mieux réussi sont les lotions alcalines (carbonate de soude, 4 à 8 grammes pour eau distillée, 500 grammes), et surtout les lotions mercurielles, avec une solution de bichlorure de mercure, à doses graduées selon l'indication et la tolérance de la peau. L'efficacité de ces dernières est quelquefois étonnante, notamment dans les cas d'hyperesthésie localisée. Plus récemment j'ai obtenu de bons effets, surtout contre le lichen agrius très intense, de lotions avec le chloroforme (chloroforme, 4 grammes pour 500 grammes d'eau distillée).

Les bains ont, dans tous les temps, joué un grand rôle dans le traitement des maladies prurigineuses. On les a conseillés tous, depuis le bain simple jusqu'aux fumigations cinabrées. En thèse générale, et pour les raisons que j'ai indiquées plusieurs fois, les bains émolliens, tels que bains de son, de gélatine, d'amidon, sont toujours indiqués contre les diverses hyperesthésies de la peau. On peut dans quelques cas employer utilement les bains salés ou alcalins, quelquefois, mais plus rarement, particulièrement pour combattre un ancien prurigo, les bains sulfureux. Ici se présente une observation pratique dont il faut bien tenir compte : l'expérience a démontré que, quel que soit le bain choisi, il a plus d'effet dans les affections prurigineuses, quand il est pris à une température un peu élevée. Il faut donc conseiller au malade de prendre les bains un peu chauds. Mais de tous les topiques liquides le plus généralement efficaces sont les bains et les douches de vapeur aqueuse, à une température de 35 à 40 degrés Réaumur, d'une durée de dix minutes à un quart d'heure.

Le traitement général des hypersethésies de la peau peut être aidé de l'emploi d'eaux thermales. Celles dont j'ai pu surtout constater les bons effets, sont les eaux de Plombières, de Néris, de Louèche, de Saint-Gervais. Les bains de mer chauds sont aussi d'utiles auxiliaires, surtout contre le prurigo.

Certains cas particuliers d'hyperesthésie peuvent donner lieu à quelques indications particulières aussi.

Le *lichen simplex aigu* cède très facilement à l'usage de moyens simples, de boissons délayantes, d'un régime doux, de bains tièdes.

Le *lichen urticatus* est quelquefois très promptement modifié par l'emploi des bains de rivière.

Pour le *strophulus*, on conseillera quelques bains tièdes à l'enfant, des boissons rafraîchissantes à la nourrice.

Quand l'hyperesthésie sans papules est fixée à certains siéges, c'est-à-dire dans les cas de *prurigo podicis*, ou de *prurigo des parties génitales*, on est quelquefois obligé de recourir à des applications de sangsues aux environs des points affectés. Souvent le prurit cède à l'emploi de lotions froides, alcalines ou opiacées, à des bains de siége froids, simples, ou alcalins. J'ai obtenu surtout de bons effets de lotions mercurielles, de lotions avec le chloroforme. Quand la maladie résiste à ces moyens, j'ai recours aux fumigations sulfureuses, et enfin aux fumigations cinabrées, qui m'ont donné souvent des résultats prompts et complets.

Dans tous les cas, il faut s'attendre à ce que l'hyperesthésie peut offrir une grande ténacité, et il faut s'apprêter à la combattre avec persévérance. C'est là qu'est souvent le gage du succès.

Observation. — *Hyperesthésie de la peau sans éruption. — Traitement sans succès par la teinture de valériane, les pilules d'aconit, puis par la liqueur de Fowler ; les onctions avec la pommade au chloroforme ; les bains sulfureux. — Lavemens camphrés et laudanisés. — Bains de son. — Guérison.* — Au n° 44 de la salle Sainte-Marthe, est couchée la nommée D..., bijoutière, âgée de 17 ans, entrée le 10 mai dans le service de M. Cazenave, pour s'y faire traiter d'une affection de la peau, caractérisée par des démangeaisons plus ou moins vives.

Cette jeune fille est d'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin; elle est habituellement bien portante. Réglée à treize ans et demi, elle le fut toujours bien depuis. Elle est d'un caractère très impressionnable ; jamais elle n'a eu d'attaques d'hystérie.

Il y a deux ans qu'elle a commencé à avoir des démangeaisons sur toute la surface du corps; quelques points pre-

naient une teinte jaune et devenaient le siége d'une desquamation furfuracée; c'étaient la partie postérieure du cou, le devant de la poitrine, les épaules. Le prurit était assez intense.

10 février. La malade entre dans le service; on lui prescrit de la tisane amère et des bains sulfureux.

Au bout de treize jours, les taches sont devenues beaucoup moins foncées; mais les démangeaisons sont toujours très vives. Deux pilules d'extrait d'aconit.

1er mars. Sensibilité très vive surtout dans le dos, sans qu'il y ait aucune éruption à la peau; le moindre contact détermine de la démangeaison et des envies de se gratter; le prurit s'exaspère surtout le matin et le soir. Lorsque la malade vient de se gratter, on voit des traînées rouges indiquant l'action des doigts, mais pas la moindre éruption, si ce n'est çà et là quelques pustules d'acné.

16 mars. On prescrit la potion suivante: P. R. Eau de tilleul, 125 grammes; teinture de valériane, 20 gouttes; eau de laurier cerise, 10 grammes; sirop simple, 30 grammes.

Quand les démangeaisons deviennent très fortes, on fait des onctions avec une pommade au chloroforme, dans la proportion de 1 gramme pour 30 grammes d'axonge. On cesse les bains sulfureux.

17 mars. Un bain de son tous les deux jours.

19 mars. Un peu moins de prurit, absence complète d'éruption.

23 mars. Le prurit est plus fort que jamais. Il y a eu une vive contrariété.

27 mars. On supprime la potion. On la remplace par quatre gouttes de la liqueur de Fowler.

29 mars. Six gouttes de liqueur de Fowler. Les démangeaisons sont encore plus vives que les jours précédens; il y a dans le dos quelques papules disséminées; au visage il y a eu un prurit très fort, mais pas d'éruption.

1er avril. On supprime la liqueur de Fowler, et on prescrit un lavement avec 25 centigrammes de camphre, et quatre gouttes de laudanum.

5 avril. Pas encore de soulagement appréciable (les lavemens sont continués).

9 avril. Amélioration notable; moins de prurit; pas d'éruption; la peau du cou est encore un peu jaune; pas de desquamation furfuracée.

20 avril. Un moment d'exacerbation (même traitement, mais par intervalles seulement).

23 avril. Depuis deux jours il y a un calme parfait.

7 mai. Les démangeaisons, beaucoup plus faibles, reviennent seulement tous les soirs au moment où la malade se couche; il n'y a aucune trace d'éruption; toutes les fois que la malade a eu quelque émotion morale, le prurit est devenu plus intense.

15 mai. La malade sort guérie.

Observation. — *Lichen agrius coïncidant avec des contractions spasmodiques de la face. — Traitement par les pilules de Méglin seulement. — Guérison.* — Au n° 26 de la salle Sainte-Marthe est la nommée Marie D..., domestique, âgée de 26 ans, célibataire, née à Metz, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 23 juin, et admise dans le service de M. Cazenave pour une affection papuleuse, compliquant des troubles nerveux.

D'une constitution moyenne, d'un tempérament nerveux, cette malade a été bien portante jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans. Elle fut réglée à vingt ans; pendant un an les menstrues vinrent régulièrement, puis il y eut un an d'intervalle pendant lequel elle ne vit rien. L'année suivante les règles reparurent; mais chaque époque était marquée par un écoulement très peu abondant. Depuis lors, elle a des céphalalgies fréquentes; elle se fatigue facilement; il y a très peu d'énergie musculaire; toutes les fois que la malade baisse la tête et qu'elle la relève un peu brusquement, il y a des étourdissemens, des sensations d'étincelles dans les yeux, des bourdonnemens d'oreilles; de temps en temps, il y a des signes de gastralgie, tels que pesanteur d'estomac, sensation douloureuse à l'épigastre, quelquefois des nausées, digestion difficile de certains alimens, respiration souvent pénible, battemens de cœur presque continuels. Il existe aujourd'hui un souffle à double courant dans la carotide droite, et simple dans la carotide gauche. Il y a dix-huit mois qu'elle habite Paris.

Depuis deux ans, elle a eu, autant qu'on peut en juger par son récit, deux ou trois attaques d'hystérie.

Il y a dix mois, elle fut prise subitement, sans cause occasionnelle appréciable, de contractions spasmodiques de presque tous les muscles de la moitié droite du visage, en même temps elle éprouva une douleur sourde dans la joue du même côté, des bourdonnemens d'oreilles; il se fit une sécrétion abondante de larmes dans l'œil correspondant. Ces accès se renouvelèrent d'abord à des distances très éloignées; ils se rapprochèrent peu à peu, et devinrent ensuite très fréquens.

Il y a deux mois qu'elle sentit pour la première fois des démangeaisons vives sur l'épaule gauche; bientôt après il parut une éruption papuleuse.

Un mois après environ, sur la joue droite, il se manifesta un prurit très violent; la malade se gratta, puis des papules se montrèrent.

23 juin. Elle entre dans le service; on constate l'état suivant:

Plaques de lichen agrius sur l'épaule et l'avant-bras gauches, sur la joue droite; douleur obtuse dans la région sous-

orbitaire; contractions spasmodiques des muscles de la face du côté droit, revenant à des intervalles très courts, quatre ou cinq fois dans une heure; douleur à la pression, au point d'émergence du nerf sous-orbitaire.

Tilleul orange; deux pilules de Méglin; bain; cinq portions.

5 juillet. Les plaques de lichen sont beaucoup moins rugueuses; celles de l'avant-bras gauche ne consistent plus qu'en une coloration un peu brune; il y a beaucoup moins de prurit; les contractions spasmodiques n'ont pas encore diminué.

Trois pilules de Méglin.

15 juillet. L'éruption était complétement modifiée.







Bocourt del.

Visto sculp.

Gale.

Publié par LABÉ, Editeur, à Paris

Imp. F. Chardon aîné 30 r. Hautefeuille Paris



SEPTIÈME GROUPE.

CORPS ÉTRANGERS.



A ce groupe se rapportent les observations théoriques et cliniques sur l'existence de certains insectes parasites propres à la peau de l'homme. De ces insectes, les uns, comme le *pediculus* et le *pulex*, ne constituent que des accidens pour ainsi dire, mais sans déterminer d'éruption distincte. Ils ne devront nécessiter ici qu'une indication sommaire. Mais il en est un qui, par la maladie particulière qu'il produit et qu'il transmet, joue un rôle important dans la pathologie cutanée ; c'est l'*acarus*, cause essentielle de la gale. C'est celui-ci surtout dont nous allons nous occuper.

Ce groupe contient la gale (*acarus*), le *pediculus* et le *pulex*.

GALE.

Historique et définition. Les auteurs qui ont étudié la gale ont dû rechercher si elle avait été connue des anciens. L'affirmation ne me semble pas douteuse en ce sens que la gale aurait existé de tout temps. Mais il n'en est plus de même si l'on veut que cette maladie ait été décrite ou même signalée, avec ses caractères actuels, par les anciens observateurs. On a bien pu dire que la gale a été confondue par les Grecs et les Latins dans leurs types assez diffus d'ailleurs, de ψωρα et de *scabies*, mais cette opinion, toute probable qu'elle soit, est purement hypothétique, car elle n'est fondée que sur l'existence d'un caractère commun à ces formes si complexes et à la gale moderne, du prurit, auquel il faudrait ajouter, dans quelques cas, des circonstances de contagion, mal définies et fort obscures. Quant au sarcopte, qui est, comme nous allons le voir, l'élément essentiel, pathognomonique de la gale, on n'en trouve aucune trace dans les diverses descriptions des *psora* et *scabies*, ou de leurs variétés. Il faut arriver à Avenzohar, médecin arabe, qui exerçait en Espagne au xii[e] siècle, pour trouver une première indication touchant cet insecte, qui devait être un mystère jusqu'à nos jours.

Avenzohar a signalé (1), chez certains malades, l'existence de poux très petits qui, développés dans l'intérieur de la peau, en étaient arrachés vivans par l'action de se gratter, et si petits, qu'on pouvait à peine les voir. Si l'on rapproche cette observation des circonstances historiques qui doivent faire considérer la gale comme une maladie très commune anciennement en Espagne, il semble au moins très probable qu'Avenzohar a eu réellement en vue l'acarus. Cependant, comme cet observateur n'a signalé aucune éruption particulière, résultant de la présence de cet insecte, comme il ne l'a d'ailleurs pas même décrit, son autorité n'a pas toute la valeur qu'on serait tenté de lui accorder.

Depuis cette époque, le sarcopte de la gale a été bien probablement connu par divers observateurs; ainsi, on le trouve plus ou moins clairement indiqué par Scaliger, par Ambroise Paré ; mais Mouffet (2) est le premier qui en ait donné une description positive. Ainsi, il a esquissé sa forme et signalé les canaux ou sillons qu'il creuse ; il a fait connaître aussi les phénomènes particuliers que sa présence détermine à la peau. D'un autre côté, Hauptmann, mé-

(1) *Theicir.* Lib. II, c. 19.

(2) *Theatrum insectorum, sive minimorum animalium.* Cap. 13.

decin distingué de Leipsig, ayant observé l'acarus au microscope, en a donné un dessin, qu'il faut croire authentique, bien qu'il soit très inexact, puisqu'il paraît ressembler à la mite du fromage. Si incomplètes qu'elles fussent, ces données semblaient devoir assurer à l'étude de la gale une base physiologique plus certaine. On les trouve reproduites et confirmées par Hafenreffer, par Ludovici, par Morgagni, par Etmuller, et surtout par Cestoni (1). Ce dernier, qui avait appris des galériens et des vieilles femmes du peuple à extraire l'acarus, a émis sur le rôle de cet insecte des opinions qui paraissent au moins s'approcher de très près de la vérité. Il le considérait comme la cause de la gale, et l'agent exclusif de la propagation contagieuse. Il a signalé de plus la nature vésiculeuse de l'éruption psorique; il a préconisé enfin l'usage d'un traitement purement topique. Mais, en laissant supposer que l'acarus se trouve dans la vésicule où il fallait le chercher pour l'extraire, Cestoni a préparé aux observateurs, qui venaient après lui, des mécomptes qui ont contribué à faire mettre en doute l'existence même de l'acarus.

Cette cause d'erreur devait s'augmenter encore de l'opinion admise et répandue par Linnée, qui faisait de l'acarus un insecte de même nature que la larve de la farine (2). Joseph Adams concourut encore à augmenter l'obscurité, en prétendant que la maladie produite par l'acarus n'était pas la gale proprement dite. Aussi, malgré les travaux sérieux de Geoffroy, de Gmélin, de De Geer, de Fabricius, de Wichman, de Latreille, l'acarus semble devenir un mythe introuvable, à tel point que s'il est admis encore par certains auteurs, c'est pour ainsi dire par soumission à l'habitude. En France, on doute très sérieusement de son existence, et, grâce à ce scepticisme presque justifié par les faits, les doctrines de Hanhemann, sur la dyscrasie psorique, gagnent du terrain, et achèvent de jeter le trouble dans les esprits. C'est en vain qu'elles sont combattues par Alibert, Willan, Biett; leur influence tend à prédominer de plus en plus, et la théorie de la gale sarcoptique, défendue par eux, est sérieusement compromise.

Dans cet état de choses, l'attention fut vivement excitée par les expériences de M. Galès, pharmacien de l'hôpital Saint-Louis (3). Cet observateur avait, par un retour étrange, trouvé le moyen d'extraire l'acarus avec autant de facilité qu'on avait eu jusqu'alors de peine à le découvrir. Il le retirait par centaines, et cela dans des expériences publiques, faites en présence d'un grand nombre de médecins, sanctionnées par le concours d'entomologistes célèbres, des corps savans les plus illustres. L'Institut nommait une commission chargée de faire un rapport; mais ces merveilleux succès devaient aboutir à un penible mécompte: les acarus, extraits si facilement par M. Galès, furent reconnus pour n'être que des mites du fromage.... On ne vit plus dans ce fait qu'une mystification, dont les plus indulgens regardèrent M. Galès comme la première victime. Quelques personnes doutèrent même de la bonne foi de ce pharmacien: toujours est-il, qu'erreur ou supercherie, cette substitution d'insectes eut pour résultat de fortifier les doutes qui existaient déjà à l'endroit de l'acarus lui-même. Il était arrivé, en effet, que, sur la foi des expériences de M. Galès, un certain nombre d'observateurs sérieux s'étaient mis à rechercher l'acarus. Ainsi, Galeoti et Chiarugi, à Florence; Bateman, en Angleterre; Biett, Mouronval et Lugol, en France, s'étaient livrés à des investigations multipliées; mais, comme ils essayaient, après M. Galès, de trouver l'acarus dans la vésicule, c'est-à-dire là où il n'est jamais, leurs expériences étaient fatalement frappées de stérilité. Le découragement devait s'ensuivre, sans un incident bien simple, qui vint tout à coup faire retrouver la trace de ce sarcopte qui semblait se jouer de toutes les poursuites.

A une des consultations d'Alibert, M. Rénucci, son élève, entendant le maître se plaindre de l'impossibilité où il était d'extraire l'acarus, déclara que les bonnes femmes de la Corse, son pays, avaient plusieurs fois et sans peine procédé à cette extraction devant lui, et proposa de mettre leur procédé à exécution. Il expliqua alors qu'il fallait chercher le ciron non pas dans la vésicule, mais à quelque distance, le plus souvent à l'extrémité d'un sillon linéaire que le sarcopte trace dans la peau, et qui était facilement visible soit à l'œil nu, soit à la loupe. Les expériences qu'il répéta à diverses reprises, et qui furent consignées dans une thèse intéressante (4), justifièrent pleinement son assertion.

Depuis ce moment, la découverte de l'acarus devint une chose, sinon toujours très facile, au moins toujours possible, et cet insecte, jusqu'alors jugé presque sur ouï-dire, devint le sujet d'études positives. On connaît les remarquables travaux de M. Raspail (5), qui a donné une description très exacte et très complète de l'acarus. M. Albin-Gras fit des séries d'expériences pour démontrer la nature contagieuse de la gale (6). En Allemagne, la doctrine de la dyscrasie psorique fut combattue vivement par MM. Kraüse, Vezin, et surtout par M. le docteur Hebra, qui a publié d'excellens travaux sur la gale. M. Bourguignon émit des considérations minutieuses sur l'anatomie, la physiologie et l'ovologie de l'acarus (7); et une fois l'existence du sarcopte de la gale bien démontrée pour tous, de nombreuses observations cliniques faites à l'hôpital Saint-Louis ne tardèrent pas a fixer le rôle absolu, pressenti depuis long-temps déjà, que joue l'acarus dans la production de cette maladie.

(1) *Osservazioni intorno a' pelicelli del corpo umano.* 1637. Lettre au signor Redi.

(2) *Diss. exanthemia viva.* 1757.

(3) *Essai sur le diagnostic de la gale.* Paris, 1812.

(4) *Découverte de l'insecte qui produit la contagion de la gale.* Paris, 1835; Thèse in-4.

(5) *Mémoire comparatif sur l'histoire naturelle de l'insecte de la gale.* Paris, 1834.

(6) *Recherches sur l'acarus de la gale.* Paris, 1835.

(7) *Traité entomologique et pathologique de la gale de l'homme.* Paris, 1852.

Vu au microscope, ce ciron figure dans son ensemble un corps blanchâtre, oblong, ovale, ressemblant assez bien, et en petit, à une tortue. Il offre un point partiel, très petit, qui paraît plus foncé que le reste du corps. Ce point comprend la tête et les pattes antérieures de l'animalcule. Si on l'examine en détail, on voit qu'il a une face dorsale et une face ventrale. La première, plus convexe, est armée d'aiguillons très ténus, et comme rayée de lignes recourbées, parallèles, réunies par groupes et inégales de longueur. Celles du groupe placé vers la partie postérieure sont dirigées transversalement; dans les groupes latéraux, elles vont d'arrière en avant. La partie ventrale offre huit pattes qui, repliées, semblent former une sorte de gaîne d'où sortent, en partie, des poils plus ou moins longs. De ces huit pattes, quatre sont situées sur le devant, et présentent à leur extrémité une sorte de trompe ou de suçoir allongé. Les quatre pattes de derrière sont dépourvues de cet appendice et présentent, à leur extrémité, un poil plus ou moins long. Des poils se trouvent aussi à la base des suçoirs. La tête est noueuse, garnie de petits poils et munie d'une trompe plus courte que les suçoirs ou ventouses des pattes de devant; de chaque côté il y a un poil plus allongé que cette trompe.

L'acarus paraît doué d'une assez grande agilité. Si on le pose sur une surface unie, sur la peau, par exemple, il ne tarde pas à se mouvoir avec rapidité; il marche ou plutôt il court avec une vitesse relative extraordinaire; mais il ne saute pas, comme le croyait J. Adams. Quand il se fixe sur un point, l'acarus se creuse un trou sous l'épiderme, s'y enfonce, et disparaît en peu de temps. Ce point est reconnaissable à une sorte d'abrasure de la peau, caractérisée par une desquamation très ténue. C'est de là que part le sillon où s'enfonce de plus en plus l'acarus, sillon qui joue un rôle si important dans l'histoire de la gale, et que nous décrirons en nous occupant de la symptomatologie. Ici se place une observation qui touche à la fois à une question assez complexe de l'entomologie de l'acarus, et à une circonstance très curieuse au point de vue du diagnostic. L'observation micrographique viendrait, après l'étude clinique, démontrer que la femelle du sarcopte aurait seule la faculté de se creuser un sillon, et que ce serait à elle qu'il faudrait rapporter les descriptions d'acarus, jusqu'alors données par les auteurs, et celle que nous venons de tracer. Nous nous rappelons, en effet, que l'acarus est doué d'organes éminemment propres à une marche pénétrante sous l'épiderme; or on avait déjà été conduit, par cette donnée, à penser que le sillon n'est pas seulement un refuge pour l'insecte, mais une retraite destinée à la ponte et à l'incubation des œufs acariens; que dès lors il serait exclusivement fréquenté par la femelle. Différentes circonstances avaient fait pressentir aussi que le mâle devait exister dans des conditions encore inconnues, quant à son existence sous-épidermique, mais différentes de celles où se présentent les femelles. Cette opinion s'appuyait surtout sur des faits de gale bien évidente, où il avait été impossible de trouver des sillons. M. Eichsted (1), observateur très judicieux, en avait conclu que dans ces cas, la gale était due à la présence d'acarus mâles, qui restaient libres à la surface de la peau, ou qui s'enfonçaient sous l'épiderme, mais sans se creuser de sillons. Il les avait ainsi signalés, mais sans leur assigner de caractères distinctifs. L'honneur de la découverte de l'acarus mâle était réservé à un de mes élèves, M. Lanquetin, qui s'était voué spécialement, dans mon service, à des études micrographiques sur le sarcopte de la gale. Ce jeune observateur a pu donner, le premier, en France, une description de l'acarus mâle, et il en a publié un dessin qui ne permet pas de mettre en doute l'existence de ce curieux individu.

« L'acarus mâle est au moins une fois plus petit que la femelle. Sa face dorsale ne porte que très peu des appendices cornés qui servent à la progression de l'acarus femelle dans le sillon. Ses pattes postérieures, au lieu d'être libres supérieurement, sont reliées par une même membrane; les premières portent un poil, comme chez la femelle, seulement il est plus long. Le poil est remplacé dans les dernières pattes postérieures par une ventouse. Les organes sexuels sont, comme ceux de l'acarus femelle, situés entre les pattes postérieures (2). »

L'acarus mâle ne creuse jamais de sillons.

Nous verrons plus loin, en étudiant l'étiologie de la gale, que l'acarus est seul la cause de cette maladie. Mais on s'est demandé par quel mode de propagation cette cause est mise en jeu. J. Adams avait admis que le sarcopte peut sauter, ainsi que la puce par exemple, et cette hypothèse lui servait à expliquer la contagion sarcoptique. Mais l'observation ayant démontré que l'acarus marche et ne saute jamais, cette théorie reste sans fondement et sans valeur. M. Aubé a imaginé une explication qui ne manque pas de singularité, si elle pèche par l'exactitude : il supposait que l'acarus est un animal noctambule, qui sort la nuit de son trou, erre çà et là, multipliant les causes d'éruption et devenant ainsi un élément de propagation par contact; mais cette opinion est en contradiction formelle avec l'observation physiologique. En effet, si l'acarus femelle, qui seule creuse des sillons, est douée d'énergiques moyens de progression sous-épidermique, ses appendices dorsaux sont disposés de manière à rendre impossible ou au moins très difficile tout mouvement de retour en arrière. L'explication fournie par le docteur Hébra me semble infiniment plus probable. Ce savant observateur admet que les malades, sollicités par le prurit, deviennent eux-mêmes, en se déchirant, les agens de transmission de la maladie. En effet, soit qu'ils les communiquent par le toucher et appendus à leurs ongles, soit que les acarus, rendus libres, se transmettent par des contacts plus ou moins intimes, il est probable que c'est là au

(1) *Froriap.* 1846.
(2) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis.* T. IV, 1851, p. 2.

moins un des modes habituels de transmission de la gale. Pour moi, je n'hésite pas à me ranger à l'avis de cet honorable confrère, avec lequel je suis heureux d'être en communauté d'idées sur beaucoup d'autres points.

En résumé, l'existence de l'acarus est aujourd'hui incontestable ; le sarcopte lui-même est bien connu quant à sa nature et au rôle qu'il joue. Ce point acquis à la science jette, sur l'histoire de la gale, une lumière qui permet d'étudier cette maladie dans les limites exactes où il convient de l'enfermer. A propos des diverses phases que cette histoire a parcourues, il n'est pas inutile de remarquer que, quand l'acarus était complétement inapprécié, la gale elle-même semblait inconnue des anciens. Plus tard, quand celle-ci eut été admise, mais alors que sa nature sarcoptique n'était pas suffisamment établie, on voit s'établir la doctrine d'une dyscrasie psorique spéciale, d'une affection grave, pouvant altérer profondément l'économie, souvent même décrétée d'incurabilité : c'est la doctrine de Hanhemann contre laquelle nous avons long-temps protesté. Aujourd'hui que l'acarus est définitivement connu, il semblerait qu'il ne dût plus y avoir de doutes sur la nature de la gale, et sur la valeur des idées de l'École allemande. On ne peut plus la considérer que comme un accident sans conséquence, comme une maladie locale et passagère. Il y a cependant encore une tendance qui peut n'être pas sans inconvénient dans la pratique, contre laquelle on doit se tenir en garde, qui voudrait conserver à la gale quelque chose de ce fantôme terrible évoqué par Hanhemann. Au delà de son caractère contagieux, de ses symptômes, qui méritent de fixer momentanément l'attention des praticiens, les idées sur la nature interne de la gale n'ont rien de sérieux.

Définition. La gale est une maladie de la peau produite par la présence d'un sarcopte particulier, de l'*acarus*, caractérisée par une éruption de vésicules discrètes, acuminées, transparentes, et blanchâtres à leur sommet, plus larges et rosées à leur base. Ces vésicules sont ordinairement le point de départ de petits sillons au bout desquels se tient le sarcopte. La gale est accompagnée de démangeaisons plus ou moins vives ; elle est essentiellement contagieuse ; elle a certains siéges d'élection ; elle peut être compliquée de maladies papuleuses, pustuleuses, etc.

Symptômes. Entre le moment de la transmission de l'acarus, point de départ de la gale et le développement de l'éruption, il s'écoule un espace de temps variable : c'est la période d'incubation. Dans une expérience tentée par M. Hébra, sur lui-même, pour l'inoculation de la gale, il s'écoula huit jours entre l'insertion du sarcopte dans l'intervalle des doigts et l'apparition de la maladie. Joseph Adams, qui avait tenté la même expérience dans des conditions identiques, ne vit se manifester la gale que trois semaines après l'introduction de l'acarus sous l'épiderme. M. Albin-Gras admettait que l'incubation peut durer de quelques heures à quinze jours et plus. Biett, dont le grand sens pratique se défiait de toute formule trop absolue, disait qu'il faut apporter une grande réserve dans la détermination de ce point. Il se fondait avec raison sur ce qu'une foule de circonstances peuvent modifier la durée de cette incubation. Ainsi, elle varie en raison de certaines conditions de tissus, d'une susceptibilité individuelle plus ou moins grande. Il faut faire aussi la part de circonstances ambiantes, telles que des différences de température, des conditions de profession, etc. Enfin, il convient d'ajouter à ces considérations générales l'influence qu'exerce, dans certains cas, le développement de maladies intercurrentes. Si chez un individu actuellement atteint de la gale, il se manifeste une affection générale, une pneumonie, par exemple, l'éruption disparait complétement tant que dure la maladie interne, pour reparaître ensuite avec tous ses caractères. Il est permis de croire que la même influence doit s'exercer sur la période d'invasion et d'incubation. Ainsi, il peut arriver (j'en ai vu des exemples) qu'une personne se trouve prise d'une maladie générale, au moment où elle vient de contracter la gale, c'est-à-dire où elle a été mise en contact avec l'acarus, celui-ci n'a pas d'effet tant que dure l'affection intercurrente, et c'est seulement quand celle-ci a cessé, qu'il manifeste son action. C'est à des circonstances de cette nature qu'il faut rapporter ces périodes d'incubation de la gale, qui auraient duré des semaines et même des mois entiers.

Quoi qu'il en soit, l'état de vitalité de la peau semble avoir une action manifeste sur le plus ou moins de durée de cette période. Ainsi, elle est, en général, de quatre à cinq jours chez les enfans ; mais elle est plus longue chez ceux dont la constitution est molle et chétive. Elle est abrégée, au contraire, et peut n'être que de quarante-huit heures chez les enfans vigoureux, d'un tempérament sanguin. Cette condition de tissus a une influence plus marquée encore chez les adultes. L'incubation est toujours relativement plus longue chez les vieillards, chez les individus débilités, atteints d'affections chroniques. Les saisons paraissent aussi exercer de l'influence sur cette période : ainsi elle est plus longue en hiver qu'au printemps et dans l'été.

En resumé, il est impossible d'assigner une moyenne de durée tant soit peu exacte à la période de temps qui s'écoule entre l'insertion de l'acarus et l'apparition de la gale. Cette période peut être de quelques jours, comme elle peut se prolonger, mais alors accidentellement, au delà de plusieurs semaines.

La gale est précédée d'une sorte d'agacement général, d'un sentiment de prurit comme erratique, bien que plus particulièrement localisé dans certains points, entre les doigts, aux poignets ; de quelques légers frissonnemens. Le prurit, qui est alors le symptôme dominant, augmente d'intensité le soir, sous l'influence de la chaleur du lit, de toutes les causes d'excitation, telles que le rayonnement du feu, les excès de table, les écarts de régime, les émotions morales, etc. Cet état dure pendant un temps variable, de deux à quatre ou cinq jours. Puis on voit apparaître, à certains

siéges d'élection, surtout dans les espaces interdigitaux, de petites élévations ordinairement discrètes, bien isolées, d'abord de la couleur de la peau, quelquefois rosées, surtout à leur base, chez les individus jeunes, sanguins. Le sommet de ces *boutons* devient transparent et d'une teinte opaline. Ce sont les vésicules initiales.

Déchirées facilement par l'action des ongles, ces vésicules se vident, donnent lieu à un épanchement de sérosité et à la formation de petites croûtes rugueuses, très peu adhérentes, d'une couleur grisâtre. Si l'on examine attentivement les vésicules à cet état primordial, on voit distinctement, au moins pour la plupart d'entre elles, qu'elles sont le point de départ d'une ligne blanchâtre qui s'étend à quelque distance, depuis plusieurs millimètres jusqu'à 2 ou 3 centimètres. C'est le sillon ou canal sous-épidermique que creuse l'acarus femelle et où elle se loge. Ce sillon, fort bien observé et décrit, surtout par M. Hébra, ressemble à une égratignure fine, linéaire, qu'aurait faite la pointe d'une épingle fortement prononcée sur la peau. Il tient, par l'une de ses extrémités, au point initial d'insertion, c'est-à-dire à la vésicule. De l'autre, il aboutit à un renflement ovalaire, d'une teinte plus foncée que le reste de ce sillon : c'est là que se tient le sarcopte ; c'est là qu'il faut aller le chercher. En effet, si l'on déchire ce point à l'aide d'une aiguille très fine, en ayant soin de pénétrer au-dessous de l'épiderme, on enlève au bout de l'instrument un petit point blanc, rond, qui se meut plus ou moins vite : c'est l'acarus.

Quelquefois, au lieu de s'étendre, comme nous venons de le voir, le sillon semble pénétrer entre les diverses couches épidermiques que recouvre la vésicule. Dans quelques cas, celle-ci paraît s'être vidée dans le sillon qui est distendu, plein d'un liquide lactescent ou puriforme.

Le sillon se présente avec ces caractères que l'on peut appeler vrais, surtout quand la maladie est récente chez de jeunes sujets. Il est d'autant plus appréciable que la peau est plus fine, tenue plus proprement. Mais il peut être masqué ou dénaturé par une foule de circonstances. Ainsi, chez les individus âgés, dont la peau est sèche, dure, le sillon est très peu apparent : il est masqué par la malpropreté chez les personnes peu soigneuses d'elles-mêmes. Très souvent il est déchiré par l'action des ongles, et alors il faut beaucoup d'attention ou d'habitude pour le reconnaître à l'existence de quelques débris épidermiques qui lui survivent, ou à une petite dépression en forme de gouttière, que M. Hébra a comparée à la coupe longitudinale d'une cornue. Certaines conditions locales, dépendant de professions manuelles salissantes, peuvent aussi le masquer : c'est ce qui arrive chez les teinturiers, les cordonniers, etc. Enfin, et surtout, le sillon peut être complétement dénaturé par la présence de certaines complications cutanées, par des papules, des pustules et même des tubercules. J'ai vu plusieurs fois les sillons de la gale comme soulevés par des élévations tuberculeuses irrégulières, d'un volume assez considérable, siégeant surtout au dos, au thorax, au cou. Les sillons peuvent exister partout où siége la gale ; mais ils sont surtout fréquens aux mains, entre les doigts, aux poignets, aux aisselles, à la partie interne des cuisses, au pénis, au scrotum. M. Hébra en a trouvé aux malléoles, et même à la plante des pieds.

Quand l'éruption est peu étendue, très discrète, le prurit est ordinairement léger. Les vésicules ont une existence individuelle plus régulière ; elles conservent plus long-temps leur forme primitive. Il est rare alors qu'elles soient dénaturées par une inflammation secondaire ; elles ne deviennent presque jamais séro-purulentes et encore moins pustuleuses. Desséchées sur place, elles se terminent par résolution ou par desquamation. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Soit que tout d'abord l'éruption se déclare avec plus d'intensité, soit qu'elle s'aggrave progressivement, la gale peut revêtir des caractères tout nouveaux. L'inflammation s'étend et augmente, surtout chez les sujets jeunes, vigoureux, d'un tempérament sanguin, ou chez les individus dont la peau est délicate, facilement irritable. Les vésicules se multiplient ; elles se confondent même et forment bientôt des *boutons* vésiculo-pustuleux, ou même de véritables pustules. Celles-ci laissent, après elles, des croûtes plus épaisses, jaunâtres, superficielles, quelquefois noirâtres, plus sèches, plus dures, là où l'action des ongles, en déchirant la peau, a provoqué de petits écoulemens de sang.

Sous l'influence incessante du prurit, de l'irritation locale qu'il détermine, la maladie peut s'aggraver plus encore. C'est alors qu'elle se complique ou de papules rouges, luisantes, disséminées comme celles du prurigo, mais siégeant aussi bien dans le sens de la flexion que de l'extension des membres ; ou de pustules d'impétigo, d'ecthyma même. Chez les sujets irritables, la gale est accompagnée alors de démangeaisons intolérables, quelquefois aussi de véritables mouvemens fébriles.

Telle est la marche ordinaire de la gale à ses divers degrés. Mais elle peut varier encore sous l'influence de conditions dépendant de l'âge, de la constitution, de la santé actuelle du malade, et aussi des circonstances de climat, de saison, etc. Chez les individus jeunes, vigoureux, soumis à un régime excitant, il n'est pas rare de voir la gale envahir promptement un grand nombre de points à la fois ; elle peut même affecter un caractère de généralité remarquable. Alors elle présente un ensemble de phénomènes de nature différente, qui altèrent plus ou moins profondément sa physionomie normale. Ainsi, on voit sur des plaques érythémateuses, plus ou moins étendues, des éruptions complexes de vésicules pustuleuses, de papules, entremêlées de croûtes jaunes ou brunâtres, sillonnées de déchirures qu'ont faites les ongles du malade. A ces caractères viennent se joindre des pustules phlyzaciées d'ecthyma, des abcès, de véritables furoncles, reposant sur des indurations tuberculeuses, considérables, siégeant surtout au dos, aux fesses et aux cuisses. Mais si étendue qu'elle soit, la gale ne détermine heureusement pas les accidens redoutables qu'on s'est plu à lui attribuer. Si le prurit est parfois assez intense pour déterminer des troubles nerveux, il ne va pas jusqu'à

exercer l'influence terrible dont on a cité des exemples, à moins que l'excitation, produite par la gale, ne soit venue s'ajouter à des troubles anciens qui seuls causent alors les accidens observés. Ce qui est vrai, et cela est bien suffisant, c'est que la gale, avec les complications que nous venons de signaler, est une maladie pénible, momentanément cruelle, et alors plus difficile, et plus longue à modifier.

Les complications qui surviennent dans le cours de la gale, et qui lui impriment une physionomie si complexe, si variable, ont fait dire à quelques observateurs que cette maladie est caractérisée indistinctement par des vésicules, des papules ou des pustules. Elles ont fait admettre aussi une gale papuleuse, une gale pustuleuse, etc. C'est là une erreur contre laquelle proteste l'observation clinique, et qu'il importe de ne pas laisser s'établir. Il n'y a qu'une seule gale, au point de vue de sa nature, c'est celle qui est produite par l'acarus : il n'y en a qu'une seule au point de vue de la lésion élémentaire, c'est la gale vésiculeuse. Dans tous les cas où l'éruption est caractérisée par d'autres symptômes cutanés, ceux-ci sont ou des accidens consécutifs, ou des complications. Si passagère qu'elle soit, la lésion initiale est toujours une vésicule. Ce n'est qu'accidentellement et par suite des progrès de l'inflammation que l'éruption devient papuleuse ou pustuleuse. Il faut aussi rejeter toutes les divisions que l'on a tenté d'admettre, telles que les gales canine, miliaire, sèche, humide, petite ou grosse gale, etc.

La gale ne se termine jamais spontanément. Les acarus, une fois insérés sous la peau, peuvent se perpétuer indéfiniment et donner ainsi à l'éruption une durée infinie. C'est ce qui arrive dans certains pays où la gale existe pour ainsi dire naturellement, et où elle est comme endémique. Dans quelques cas aussi, l'acarus semble avoir perdu la faculté d'irriter la peau, et il ne détermine plus d'éruption.

Tels sont les caractères de la gale avec ou sans complications. Mais en dehors de ces faits habituels, l'observation semble devoir signaler des cas où la production de l'acarus apparaîtrait avec une signification toute particulière, et qu'il est encore impossible d'expliquer à l'aide des notions actuelles sur le rôle pathologique que joue ce sarcopte.

M. W. Boeck m'a communiqué un fait très curieux, qu'il décrit comme une nouvelle forme de gale, et dont je crois devoir exposer ici les circonstances principales.

« Anne Christians Dasser, âgée de 15 ans, est entrée à l'hôpital le 15 avril 1851. Elle est très maigre ; son teint est pâle, presque grisâtre ; elle n'est pas réglée. On voit, à la paume des mains et dans l'intervalle des doigts, des croûtes de 2 à 3 lignes d'épaisseur, d'une couleur blanche ou plutôt grise, adhérentes à la peau, et formées d'une masse si compacte, qu'on peut y couper comme dans l'écorce des arbres. Les doigts de cette jeune fille sont fléchis, et les tentatives qu'on fait pour les redresser lui causent des douleurs. Les ongles sont dégénérés, très épais et noueux. Des croûtes semblables existent à la plante des pieds, sans recouvrir cependant toute la surface ; ainsi on trouve quelques endroits où la peau est restée intacte, mais les croûtes reparaissent sur la face dorsale jusqu'au niveau du coude-pied. Les ongles des orteils présentent la même altération que ceux des doigts. Aussi ne peut-elle marcher qu'avec peine et en éprouvant de la douleur. Les coudes, les fesses jusqu'à l'anus, la face postérieure des cuisses et quelques points de la surface du dos, sont couverts de croûtes de même nature, moins épaisses cependant que celles qu'on voit aux mains et aux pieds. Lorsqu'on détache les croûtes, on trouve au-dessous la peau rouge, humide et un peu inégale. Toute la surface cutanée présente, du reste, une rougeur érythémateuse. Aux jambes on voit des taches non saillantes, d'une couleur brun-rougeâtre ; à la face postérieure des bras, on rencontre plusieurs vésicules ; enfin des pustules se montrent çà et là aux extrémités. La partie postérieure du cuir chevelu et les régions latérales du cou sont aussi envahies par les croûtes. La chevelure est très dégarnie, les cheveux traversent les croûtes et tombent avec elles lorsqu'on vient à les enlever. Sous ces croûtes, la peau présente le même aspect rouge et humide dont nous avons déjà parlé. »

Les renseignemens fournis par les parens de cette jeune fille ont permis à M. Boeck de constater que la maladie avait débuté, il y avait deux ans, par des taches rouges sur lesquelles des croûtes s'étaient formées à diverses reprises.

M. Boeck, se rappelant quelques faits analogues qu'il avait eu occasion d'observer, a examiné une croûte au microscope, et, à sa grande surprise, il a trouvé qu'elles étaient formées entièrement de sarcoptes *scabiei*. Il n'a jamais pu trouver, quoi qu'il ait fait, un seul acarus vivant ; et, chose remarquable, l'affection de cette jeune malade était douée au plus haut point de la propriété contagieuse, puisqu'elle avait communiqué évidemment la gale à un grand nombre des malades de la salle.

Après un traitement par les frictions avec l'onguent de Vienne, traitement suivi d'abord d'une amélioration notable, M. Boeck vit se manifester sur des points affectés une éruption de vésicules non aiguës, entremêlées de grandes pustules contenant un pus fluide, accompagnées de démangeaisons très vives, et suivies de la formation de nouvelles croûtes.

« En les examinant au microscope, dit M. Boeck, je pouvais distinguer deux lamelles, l'une supérieure, de couleur claire et consistant seulement en des cellules de l'épithélium ; l'autre inférieure, de couleur grisâtre, contenant des sarcoptes, comme les croûtes précédemment examinées. On voit donc que les croûtes ont été formées sous l'épiderme.

« Pendant les progrès rapides de cette affection, la santé de la malade commença à s'altérer d'une manière remarquable. L'appetit diminua beaucoup ; elle eut même de la fièvre.... »

Soumise à un traitement énergique par les frictions avec l'onguent de Vienne, cette malade a guéri complétement.



Jadin del. Vixto sculp.

Gale et ecthyma.

Gale pustuleuse.

Publié par LABÉ, Editeur à Paris

M. Boeck m'a adressé, en même temps que cette observation, des croûtes tirées soit de la paume des mains, soit du cuir chevelu. Ces croûtes étaient sèches, grisâtres, semblables à de la matière cornée. Divisées à l'aide d'un instrument tranchant, elles présentaient une coupe lisse, très remarquable. Nous en avons délogé à plusieurs reprises de petites parcelles, empruntées à divers points, et nous les avons examinées au microscope. Cette expérience, répétée dans des conditions différentes, nous a toujours permis de constater que les croûtes étaient complétement formées d'acarus entiers, de débris d'acarus, et d'œufs.

Si nous ajoutons que M. le docteur Danielsen annonçait, en 1844, à l'assemblée des naturalistes de Christiania, qu'il avait trouvé, chez un lépreux ou spédalsque, des sarcoptes *scabiei* dans les croûtes qui existaient sur différentes parties de son corps, on sera tenté de croire, avec M. Boeck, que c'est là une forme nouvelle de gale, forme encore peu connue sans doute, mais très curieuse, et qui appelle tout l'intérêt des observateurs. D'un autre côté, si l'on fait attention à l'énorme quantité d'acarus qui s'étaient produits sur des surfaces et sous des formes relativement très restreintes; si l'on se rappelle les circonstances qui ont fait penser à M. Boeck que cette production avait lieu sous l'épiderme, faudrait-il conclure de ces considérations que l'acarus peut être produit spontanément et dans des conditions analogues à ce qui arrive pour le *pediculus* dans la phthiriase? L'observation ne nous semble pas armée de faits suffisans pour résoudre ce point.

Causes. L'observation clinique et les recherches expérimentales dont la gale a été l'objet permettent aujourd'hui de ramener l'étiologie de cette affection à cette donnée aussi simple que positive: la cause essentielle, nécessaire de la gale est l'acarus.

A une époque où ce sarcopte était inconnu, où son action n'était pas suffisamment appréciée, on comprend que cette absence de notions exactes ait fait admettre pour la gale un principe particulier, un vice psorique, et que des observateurs sérieux en aient conclu qu'elle pouvait être épidémique, endémique, critique. On comprend jusqu'à un certain point la doctrine qui faisait attribuer à la répercussion de cette maladie des accidens complexes, d'une nature plus ou moins grave. Mais ce dont il est plus difficile de se rendre compte, c'est que de telles opinions aient cours en présence des résultats de l'observation pratique. C'est ce qui a lieu pourtant

On ne saurait raisonnablement objecter que F. Hoffmann a décrit des gales épidémiques, car, si Franck, Biett et d'autres observateurs ont pu combattre cette opinion à une époque où l'acarus était loin d'être connu, et en se fondant sur ce que Hoffmann a dû avoir en vue des éruptions d'une toute autre nature, à plus forte raison ce point de doctrine ne saurait-il supporter aujourd'hui un sérieux examen? L'existence démontrée du sarcopte est incompatible avec l'idée d'une gale épidémique.

Quant aux gales endémiques que l'on aurait observées en Bretagne, dans le Limousin, dans la Sologne, etc., il est probable que l'on a confondu l'endémie climatérique proprement dite avec l'influence de la malpropreté habituelle, qui explique parfaitement la fréquence de la gale dans certaines localités.

La question de la gale critique, admise par De Hilden, Rivière, Pringle, etc., est bien autrement importante, car elle comporte des conséquences d'une gravité réelle. Sans doute on ne peut plus considérer aujourd'hui l'apparition de la gale à la fin d'une maladie, comme une crise inhérente à sa nature et qui viendrait la juger. Mais comme il est malheureusement vrai que la doctrine d'un vice galeux est encore aujourd'hui admise et soutenue, il en résulte que l'on est conduit à considérer l'éruption de la gale comme un mouvement dépuratoire qui tendrait à délivrer l'économie du principe spécial dont elle est infectée, et qu'il est dangereux de combattre à l'aide de moyens qui peuvent la répercuter. Cette opinion a pour conséquence logique de proscrire le traitement topique qui seul doit être conseillé efficacement pour la guérison de la gale. On ne saurait protester trop hautement contre des théories qui, au fond, impliquent l'idée d'une sorte de diathèse galeuse démentie par l'observation, qui, dans la forme, conduisent nécessairement à des indications pratiques dangereuses.

La répercussion de la gale, telle que la définissent certaines doctrines sur les fluxions dépuratoires, est une erreur. J'ai déjà parlé, à propos de l'incubation, des cas qui pourraient être pris pour des exemples de répercussion; ils trouvent, dans l'observation clinique, une explication qui peut servir en même temps à faire apprécier ce que l'on a dû entendre le plus souvent par la gale critique. Ainsi, j'ai vu très souvent la gale disparaître sous l'influence d'une maladie interne aiguë, et disparaître si complétement qu'on ne trouve plus de traces ni d'acarus, ni de sillons, ni d'éruption. Cette disparition dure tant que persiste la phlegmasie générale, et quand celle-ci est terminée, la gale reparaît avec son éruption, ses acarus et ses sillons. Je le répète, c'est là le seul phénomène vrai de répercussion que l'on observe pour la gale; c'est là aussi qu'il faut chercher l'origine des gales critiques admises par les auteurs.

Considérée à un point de vue absolu, la théorie d'une gale virulente n'a plus que de rares partisans; mais on a prétendu tout récemment concilier la doctrine d'Hanhemann avec les données de la science microscopique. Dans cette combinaison, l'acarus serait bien la cause unique de la gale, mais à la condition d'être un agent chargé d'inoculer le principe particulier de la gale. Comme on a oublié de dire à quels signes nouveaux et authentiques on doit reconnaître l'action de ce virus, c'est là une hypothèse qui se réfute d'elle-même et à laquelle nous ne devons pas nous arrêter.

Il n'y a donc en réalité qu'une seule cause pour la gale, c'est l'acarus. Mais on observe ici ce que l'on constate d'ailleurs sur plusieurs autres points en pathologie, c'est l'existence entre les deux termes, l'*acarus cause* et la *gale effet*, un certain nombre de conditions importantes qui influent plus ou moins sur le développement de la maladie. Les principales se rapportent aux modes de contagion, aux circonstances individuelles, à l'acarus lui-même.

La contagion de la gale est un fait que démontrent d'une manière incontestable, et l'observation clinique, et l'expérimentation. On a essayé vainement et à diverses reprises d'inoculer le liquide séreux ou séro-purulent des vésicules de la gale. Mais des expériences tout à fait concluantes ont été tentées avec l'acarus lui-même. J. Adams et M. Hébra se sont ainsi donné la gale dans des conditions qui ne permettent pas le doute. La contagion a lieu habituellement par contact entre un individu malade et un individu sain. Ce contact exige-t-il, pour être efficace, certaines circonstances de rapport plus ou moins intime? On a été, dans certains cas, disposé à admettre que la contagion pouvait avoir lieu à l'aide de rapprochemens tout à fait accidentels et passagers, par une simple poignée de main, par exemple. Mais ces faits sont au moins très rares, et le plus souvent, il faut un contact plus immédiat et plus prolongé. Ainsi, c'est surtout par la cohabitation dans un même lit, par l'usage de vêtemens qui ont servi à des galeux, que la maladie se transmet. Il semble nécessaire aussi, pour que cette transmission ait lieu, que les acarus soient libres ou aient été arrachés de leurs sillons: c'est ce qui arrive surtout quand les malades se sont grattés et déchirés.

Les circonstances individuelles ont aussi une grande importance. Ainsi certaines personnes semblent complétement réfractaires à la contagion. Chez quelques individus la gale semble rencontrer des conditions de tissus qui s'opposent à son développement, elle est constituée à peine par quelques vésicules rares, bien isolées, conservant jusqu'au bout leur physionomie élémentaire. Chez d'autres, au contraire, il semble qu'il existe une aptitude particulière à l'extension de la maladie; ceux-là sont affectés de toutes les complications de la gale, qui peut prendre une intensité considérable. La gale semble aussi affecter de préférence les jeunes gens vigoureux, d'un tempérament sanguin. Elle est évidemment plus fréquente chez l'homme que chez la femme. On l'observe surtout aussi dans les conditions sociales où la malpropreté, l'absence de règles hygiéniques est une habitude; elle est, au contraire, plus rare chez les personnes du monde. Enfin certaines nécessités de profession qui exigent la vie commune dans des garnis, dans des chambrées, deviennent des causes actives de contagion. Il en est de même de quelques professions qui fournissent une large part dans les relevés statistiques de galeux: ce sont celles de tailleur, de chapelier, de matelassier, etc.

Le développement de la gale peut être aussi influencé par certaines conditions inhérentes à l'acarus lui-même. On comprend que le sarcopte étant donné comme la cause nécessaire de cette maladie, la cause doit varier selon que le ciron est mâle ou femelle, puisque dans un cas il est toujours libre, et que, dans l'autre, il a besoin d'être arraché du sillon pour devenir un élément actif de contamination. On s'est demandé d'un autre côté si, même après la mort du galeux, l'acarus pouvait conserver la propriété contagieuse. Il semble démontré qu'il survit, au moins pendant quelque temps, et qu'ainsi un galeux mort peut donner la gale tant que le sarcopte reste vivant. On a enfin agité la question de savoir si la gale pouvait être communiquée à l'homme par des acarus pris sur certains animaux. Biett a cité souvent, dans ses leçons cliniques, le fait d'individus qui avaient bien évidemment contracté cette maladie en donnant des soins à des chameaux pensionnaires du Jardin-des-Plantes. Ces faits, rapprochés d'autres, tirés de la pratique, ne laissèrent aucun doute. J'en ai observé plusieurs cas authentiques. Enfin des observations recueillies à Alfort ont semblé démontrer, en outre, que les acarus du cheval et du chien peuvent produire le même résultat. Ces faits, confirmés depuis long-temps par les enseignemens de l'observation clinique, établissent qu'en réalité, la gale peut être communiquée de l'animal à l'homme.

L'acarus semble être d'autant plus propre à déterminer la transmission de la gale, qu'il est placé dans un milieu où la chaleur est plus élevée ou plus continue. Ainsi, il n'existe jamais au visage, seule partie du corps qui jouisse d'une immunité absolue.

On s'est cru fondé à dire que la gale était particulièrement sujette à récidives. Cela est vrai en ce sens qu'une personne peut l'avoir plusieurs fois à la condition de s'y exposer de nouveau; cela est vrai aussi pour les individus (et cela n'arrive que trop souvent), qui, n'ayant pas été guéris, voient de nouveau apparaître et les acarus et l'éruption. Mais c'est à tort que l'on a voulu appliquer cette aptitude prétendue aux faits des malades, qui ayant eu une fois la gale, la verraient régulièrement reparaître tous les ans. Ce qui est vrai dans ces cas, c'est que la gale altère plus ou moins, par son prurit, la sensibilité de la peau, qu'elle laisse après elle une disposition particulière qui se traduit, sous des influences accidentelles, par le développement d'affections qui n'ont de rapport avec la gale, qu'une sorte de filiation sympathique. Ce sont, le plus souvent, des maladies ou vésiculeuses, ou papuleuses.

Diagnostic. Le caractère contagieux de la gale donne une grande importance aux élémens du diagnostic de cette maladie. Il est donc très utile de déterminer, aussi nettement que possible, les signes qui peuvent la faire reconnaître. Cette appréciation est le plus souvent assez facile; c'est quand l'éruption n'est compliquée d'aucun autre symptôme. Mais il peut arriver aussi que le diagnostic soit rendu difficile, soit par les complications qui dénaturent ou masquent les caractères réguliers de la gale, soit par la difficulté de trouver ou même l'impossibilité de rechercher le sarcopte.

L'acarus étant la cause essentielle de la gale, la seule raison du diagnostic existe donc dans la présence bien constatée du sarcopte, ou au moins du sillon caractéristique où il se renferme. Il faut donc, avant tout et autant que possible, constater la présence de l'un ou de l'autre; mais il arrive très souvent, dans la pratique, que cette recherche est très difficile, ou ne saurait plus fournir d'indications suffisantes. Ainsi, d'une part, on comprend que dans le monde on ne puisse pas toujours se livrer à ces recherches minutieuses; de l'autre, nous savons que les sillons caractéristiques peuvent, ou manquer tout à fait, ou être masqués complétement par des phénomènes accidentels et consécutifs qui empêchent de les retrouver. Mais heureusement on trouve toujours les élémens du diagnostic dans les caractères précis de l'éruption de la gale, dans les signes particuliers qui lui donnent une physionomie distincte et remarquable.

Cela nous ramène à signaler de nouveau l'erreur qui tend à faire considérer la gale comme une maladie de la peau, sans caractère propre, pouvant être indifféremment constituée par des vésicules, des papules et des pustules. Il n'y a, nous le répétons, qu'une seule lésion élémentaire pour la gale, c'est la vésicule. Si l'éruption est, à un certain moment ou dans de certaines conditions, accompagnée d'autres symptômes, ceux-ci sont toujours des complications, des accidens consécutifs. Dans le premier cas, le diagnostic graphique de la gale repose donc sur la recherche de la vésicule et des caractères qui lui sont propres; dans le second, la maladie peut être reconnue, soit à l'existence encore appréciable de la lésion élémentaire, soit à des dispositions particulières de siége, de forme, que revêt la gale même compliquée.

A l'état vésiculeux élémentaire, la gale ne peut être confondue qu'avec l'*eczéma*. Mais dans ce dernier, les vésicules sont aplaties, agglomérées, souvent même confluentes; elles sont transparentes dans toute leur étendue. Celles de la gale sont acuminées, toujours isolées et discrètes, offrant à leur base une teinte rosée manifeste qu'on ne retrouve pas dans l'eczéma. L'éruption eczémateuse est accompagnée d'un sentiment de cuisson, de démangeaison brûlante; le prurit de la gale est moins ardent et augmente par poussées, par exacerbations. Chez quelques personnes antérieurement affectées de la gale, il se développe parfois, et notamment sur les points qui avaient été envahis, une éruption vésiculeuse. Cette éruption n'est pas produite par le sarcopte; c'est un eczéma (il faut être prévenu de cette circonstance qui peut devenir une cause d'erreur), dont la gale paraît avoir été la cause première, en modifiant l'innervation de la peau : l'eczéma n'est pas contagieux.

Le prurit est le caractère des éruptions papuleuses, aussi on peut facilement confondre la gale avec le *prurigo*. Pour éviter cette erreur, il faut se rappeler que celui-ci siége surtout au dos, aux épaules, aux membres, dans le sens de l'extension; que la gale, au contraire, affecte de préférence le ventre, les mains, les poignets, les membres, dans le sens de la flexion. Le prurigo est surtout remarquable par un prurit âcre, brûlant, insupportable; il a un caractère que l'on peut appeler pathognomonique, ce sont les petites croûtes noirâtres qui existent à la partie centrale des papules, et qui sont le résultat d'un petit caillot de sang desséché. Ces caractères n'existent jamais dans la gale.

Si le *lichen*, limité à certains siéges, aux mains, par exemple, pouvait, à raison du prurit, en imposer à première vue pour la gale, une telle confusion serait rendue impossible par un examen attentif. En effet, le lichen est caractérisé par des *papules* agglomérées, en plaques bien délimitées; ce qui le sépare de l'éruption *vésiculeuse* de la gale. Quand l'éruption occupe la main, ce qui peut favoriser l'erreur, il faut se rappeler que la gale siége toujours entre les doigts, aux poignets, tandis que le lichen occupe la face dorsale.

La gale est quelquefois accompagnée d'une inflammation plus vive, et compliquée de boutons purulens, ce qui a fait admettre une *gale pustuleuse*. L'intensité de la maladie accessoire prédominant, peut rendre le diagnostic difficile. Cependant, si l'on fait attention que, même alors, l'éruption complexe occupe ordinairement les siéges d'élection de la gale, qu'au milieu des pustules douloureuses de l'ecthyma, elle est accompagnée d'un prurit intense, et que le plus souvent on peut trouver l'acarus ou les sillons, il sera toujours possible, sinon facile de reconnaître la gale sous cette forme anormale et accidentelle.

En résumé, l'existence constatée du sarcopte est ce que l'on pourrait appeler le *criterium* de la gale. Mais, je le répète, la recherche de l'acarus peut n'être pas possible.

Elle est souvent difficile d'ailleurs, puisque l'extraction du ciron exige une habitude que les praticiens peuvent ne pas avoir à un degré suffisant. Enfin, alors même que l'on ne trouve pas l'acarus, cette circonstance peut impliquer une recherche inhabile ou infructueuse, mais sans établir que le sarcopte n'existe pas. Il faut donc s'habituer à reconnaître la gale d'après ses signes graphiques, c'est-à-dire d'après son éruption qui, simple ou compliquée, a des caractères qui lui sont essentiellement propres, et qui doivent servir, pour tous les cas, de base à un diagnostic rationnel.

Siége et nature. L'éruption de la gale se présente, comme nous l'avons déjà dit, à certains siéges de prédilection. Ainsi, on la trouve surtout aux mains, dans les espaces interdigitaux, aux poignets, aux aisselles, au ventre, autour des malléoles. Cependant on a pu l'observer à peu près sur tous les points de la surface du corps; le visage seul semble jouir d'une complète immunité. Quant à l'acarus lui-même, on s'est demandé s'il avait certains siéges d'élection, où on le trouverait exclusivement. Ce point ne semble pas encore complétement décidé par l'observation. M. Hebra, dont l'autorité a une grande valeur, pense que le sarcopte existe seulement aux mains et aux pieds, et il a tiré de ce fait une déduction très importante au point de vue du traitement. Une conclusion moins explicite, basée sur des re-

cherches microscopiques, serait que, soixante-dix fois sur cent, on ne trouve l'acarus qu'aux mains. Si nous nous rappelons comment la gale se propage bien probablement sur le malade lui-même, nous serons fondés à croire que, si l'acarus n'est pas toujours exclusivement fixé à certains siéges, le plus souvent du moins il y existe d'une manière toute spéciale.

Ce que nous avons dit du rôle que joue l'acarus dans l'histoire de la gale, suffit pour vous faire comprendre la véritable nature de cette maladie. La gale est une lésion toute locale, accidentelle, n'ayant jamais d'autre raison d'être que l'acarus, et dont l'éruption ne tarde pas à disparaître après lui.

Pronostic. La doctrine qui veut faire de la gale une maladie diathésique, une affection *totius substantiæ*, devait tendre nécessairement à lui donner une gravité qu'elle n'a heureusement jamais. Sans doute elle peut, sous l'influence, soit de conditions individuelles, soit des complications qui surviennent si souvent, plutôt de l'incurie des malades, présenter, dans certains cas, une très grande opiniâtreté; sans doute alors il arrive qu'elle se prolonge pendant un temps fort long; mais ce sont là des inconvéniens qui, tout sérieux qu'ils soient, sont loin des conséquences qu'on s'est plu à faire dépendre d'une sorte d'infection psorique générale, encore admise de nos jours.

Quand la gale n'est traversée par aucune complication, elle cède facilement à un traitement rationnel. Abandonnée à elle-même, elle devrait se prolonger indéfiniment, car l'observation démontre, qu'au moins dans la plupart des cas, elle ne cesse pas spontanément. Un des caractères les plus fâcheux de la gale est de laisser après elle une sorte de disposition particulière de la peau, sous l'influence de laquelle se développent des éruptions d'une toute autre nature, mais dont on a voulu faire des récidives de la gale : c'est d'ordinaire ou un eczéma ou un lichen.

Loin d'être incurable, comme on l'a prétendu, la gale guérit toujours et complétement. Mais, tant qu'elle dure, elle est essentiellement contagieuse.

Traitement. L'acarus étant la seule cause de la gale, le traitement réel de cette maladie consiste dans l'emploi des moyens capables de supprimer l'acarus. On peut arriver à ce résultat de deux manières : par l'extraction du sarcopte, ou par l'application de topiques qui le tuent. Le premier moyen serait d'un emploi au moins très difficile, puisqu'il exigerait une aptitude que l'on est loin d'avoir généralement, à en juger par la difficulté qu'éprouvent les observateurs qui cherchent l'acarus, comme démonstration physiologique de la gale; le second est seul appliqué dans la pratique.

On a proposé et essayé tour à tour un grand nombre d'agens destinés à la guérison de la gale, par la destruction de l'acarus. Nous devons faire remarquer, à cette occasion, qu'il est arrivé ici ce que nous avons déjà constaté dans plusieurs points de la pathologie cutanée, c'est que l'empirisme a précédé et bien probablement éclairé la méthode, dans le traitement rationnel de la gale. Ainsi, alors que l'acarus était ou inconnu ou inapprécié dans ses rapports de causalité avec l'éruption psorique, on trouve cependant consignées dans les auteurs une foule de formules destinées à combattre certaines formes prurigineuses et qui, par leur composition (la plupart avaient pour base la chaux, le soufre, etc.), rappellent les topiques employés actuellement contre la gale. Il est évident que l'empirisme guérissait ainsi bien réellement la gale, sans la connaître, ou du moins sans l'avoir définie.

Depuis que l'acarus est connu, qu'il a été décrit, que son rôle est nettement tracé, on a pu expérimenter directement un grand nombre de moyens capables de le faire mourir dans un espace de temps plus ou moins prompt. M. Albin Gras avait constaté, par une série d'expériences, l'action plus ou moins délétère de certains liquides, mis en contact avec l'acarus. Ainsi, celui-ci vivait trois heures dans l'eau pure; deux heures dans l'huile d'olives; une heure dans la solution d'extrait de saturne; trois quarts d'heure dans l'eau de chaux. Dans le vinaigre, l'alcool à 20 degrés, une solution alcaline un peu concentrée, l'acarus ne vivait plus que vingt minutes; neuf minutes dans l'essence de thérébentine; de quatre à six minutes, dans une solution concentrée d'hydriodate de potasse. Ce dernier moyen semblerait être celui qui tue le plus promptement l'acarus; il paraîtrait donc devoir être le meilleur agent du traitement de la gale; mais son emploi entraînerait quelques inconvéniens. M. Hébra a fait, de son côté, des expériences nombreuses pour étudier l'action délétère de l'eau froide ou chaude, du vinaigre, de l'urine, de l'eau de chaux ou de savon. On a essayé enfin, pour tuer le sarcopte, des solutions de sel commun, de sublimé, d'arsenic, de sulfure de fer, de cuivre, de zinc, d'alun; on l'a mis tour à tour en contact avec l'acide pyroligneux, les huiles essentielles, l'huile animale de Dippel, le goudron, etc. On a constaté que ces divers agens peuvent tuer plus ou moins sûrement et rapidement l'acarus. Mais si ces expériences ont eu l'avantage de faire connaître les moyens qui pouvaient supprimer le plus vite la cause de la gale, il restait encore à déterminer pratiquement le choix du meilleur à employer comme traitement rationnel de cette maladie. Si c'est beaucoup de guérir vite, cela ne suffit pas, et le meilleur moyen pratique de supprimer l'acarus est celui qui, en le tuant sûrement et promptement, offre le moins de chance d'irriter la peau, de provoquer des complications, de détériorer le linge, d'incommoder par son odeur, celui qui a surtout l'avantage d'être d'un emploi simple, facile, peu coûteux.

C'est parce qu'ils ne présentaient pas ces conditions que plusieurs traitemens, très efficaces pourtant, ont été successivement abandonnés. Ainsi, on a renoncé depuis long-temps aux préparations mercurielles qui, employées sur des

surfaces très étendues, pouvaient produire des salivations, des glossites fâcheuses; au liniment de Jadelot qui déterminait presque nécessairement une éruption eczémateuse, souvent très incommode; à la lotion de Dupuytren (solution de sulfure de potasse) qui, tout en nécessitant un traitement de deux à trois semaines, avait l'inconvénient d'irriter considérablement la peau, etc.

On a préconisé, en outre, un très grand nombre de moyens, dont l'énumération serait aussi fastidieuse qu'inutile. Quelques-uns pourtant ont joui d'une certaine célébrité et, à ce titre, je crois devoir mentionner les principaux.

L'ammoniaque a été employée en liniment avec l'huile d'olives par Gallée et Fournier qui y ajoutaient le camphre à parties égales. On connaît encore le liniment Valentin, où le soufre sublimé et la chaux étaient mêlés, à parties égales, dans l'huile d'olives.

On a conseillé aussi un certain nombre de lotions, dont les plus usitées étaient les lotions avec le chlore, avec la nicotiane, avec l'eau de Barèges, mais surtout les lotions sulfureuses d'Alibert.

Les poudres ont été très en vogue. Une des meilleures était la poudre de Pihorel, consistant dans du sulfure de chaux simplement broyé, auquel on ajoutait un peu d'huile d'olive; la poudre de Chaussier était composée de soufre, d'acétate de plomb et de sulfure de zinc.

Mais c'est surtout aux pommades que l'on a eu recours dans le traitement de la gale. On en a compté un très grand nombre. Nous nous bornerons à rappeler la pommade de Laubert, composée de seize parties de soufre, et d'une partie de protoxyde de plomb avec quantité suffisante d'axonge; la pommade au calomel, de Werlhoff; la pommade de Pringle, avec le soufre, l'ellébore blanc et l'hydrochlorate d'ammoniaque; la pommade d'Alibert, avec le soufre sublimé, et l'hydrochlorate d'ammoniaque.

Ces divers moyens ont été abandonnés ou comme trop peu actifs ou bien à cause des complications qu'ils déterminaient, et le traitement de la gale a consisté pendant long-temps dans l'emploi presque exclusif de la pommade d'Helmerich, dont la formule a été publiée par M. Burdin. C'est un mélange de : soufre sublimé, deux parties; sous-carbonate de potasse, une partie; axonge, huit parties. Biett, qui l'a employée long-temps, après avoir modifié la méthode, l'a popularisée en France. Elle ne demande en général qu'une moyenne de douze jours de traitement; elle est assez bien supportée par les malades; mais ces avantages sont compensés par l'inconvénient de salir et de tacher le linge d'une manière irréparable.

D'un autre côté, M. Hébra, préoccupé du désir d'éviter le plus possible les inconvéniens qui résultent du traitement acaricide, a admis un système fondé d'ailleurs sur ses opinions à propos du siége de l'acarus. Partant de ce point que le sarcopte existe exclusivement aux mains et aux pieds, M. Hébra fait pratiquer exclusivement aussi, sur ces points, des frictions avec l'onguent Wilkinson, modifié ainsi qu'il suit : Terre et craie, 120 grammes; soufre commun et poix liquide, de chaque, 180 grammes; savon domestique et axonge, de chaque, 500 grammes; mêlez. Ces frictions sont répétées tous les jours. Le malade est soumis en même temps à un régime doux, mais substantiel. Il prend chaque jour un bain simple. Ce traitement a une durée moyenne de quinze jours; il est complet, quand il n'y a pas de traces de gale. M. Hébra a obtenu, par ce moyen, des modifications complètes et, pour corroborer les faits affirmatifs, il a fait des expériences que l'on pourrait appeler négatives. Ainsi, après avoir recouvert les mains et les pieds du malade, il a pratiqué sur le reste du corps des frictions générales et répétées. La gale n'a point été guérie; le plus souvent même elle s'est compliquée d'autres éruptions.

Ce traitement logique est très certainement applicable à la plupart des cas; mais, si exceptionnelle que soit la présence de l'acarus ailleurs qu'aux pieds et aux mains, le fait seul de cette exception a fait penser qu'on ne pouvait pas admettre la théorie du traitement de M. Hébra dans un sens absolu.

En faisant connaître la pommade inventée par Helmerich, M. Burdin avait révélé que ce praticien l'employait par frictions générales, à haute dose si l'on peut dire ainsi. Le premier jour, le malade prenait un bain simple d'une demi-heure pendant lequel il était soumis à une friction avec le savon noir, pour détruire les sillons et les vésicules; le second jour, on lui faisait trois frictions générales avec la pommade d'Helmerich; le troisième jour, le malade prenait un bain simple avec une friction savonneuse et le traitement était complet.

Cette méthode, modifiée par Biett, qui avait prolongé la durée du traitement, et qui ne faisait faire des frictions que sur les points d'élection, était tombée en désuétude. Elle a été reprise dans ces derniers temps par deux médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. Bazin et Hardy. M. Bazin, qui l'a appliquée le premier, avait ramené la durée du traitement à deux jours; M. Hardy, qui vint ensuite, la réduisit à deux heures, et l'on put dès lors supprimer le service interne des galeux.

On a appelé cette méthode, ainsi simplifiée, le traitement expéditif de la gale, et nous allons voir qu'elle mérite ce nom. Le malade, ou pour mieux dire le patient, est soumis à une première friction générale et énergique avec le savon noir. Puis il prend un bain d'une heure, après quoi, et sans désemparer, il subit une seconde friction générale et énergique avec la pommade sulfuro-alcaline qu'il conserve. Et il est renvoyé guéri.

En admettant que ce traitement tue toujours et sûrement l'acarus, ce qui est au moins douteux, mieux encore que celui d'Helmerich, il n'est guère applicable qu'aux gales récentes simples, chez des sujets robustes comme le sont les militaires. Mais outre qu'il est horriblement douloureux, il est essentiellement inhospitalier. Si, en effet, en théorie on

a guéri la gale quand on a tué l'acarus, en pratique il est difficile de voir une guérison dans l'état de ce pauvre diable renvoyé dans le garni ou l'atelier qu'il a quitté deux heures auparavant, peut-être avec ses acarus morts, mais avec tous ses boutons, plus avec une couche sur tout le corps d'une pommade qui altère à tout jamais son linge, et neuf fois sur dix, avec une éruption nouvelle produite par le traitement, et dont la guérison exige un temps qui dépasse huit ou dix fois celui qu'aurait demandé une méthode ordinaire moins rapide, mais plus sûre et plus douce de traiter la gale.

On a essayé encore une foule de topiques, l'acide acétique, la staphysaigre, la camomille, la poudre à canon, etc. Ces agens n'ont, en général, donné que des résultats trop peu satisfaisans pour que leur emploi fût généralisé.

Frappé des inconvéniens qu'offre dans la pratique de la ville l'usage de la pommade sulfuro-alcaline, et même pour le service des hôpitaux, j'ai cherché à la remplacer par un moyen qui fût moins désagréable, tout en ayant une efficacité prompte, sans salir, et surtout sans endommager le linge. Après bien des expériences, j'ai demandé ce moyen aux lotions qui sont d'une application facile, et qui me permettaient de choisir des agens aptes à remplir le but que je me proposais.

J'ai essayé un grand nombre de lotions avec des résultats très variés. Voici celles qui, à des degrés divers, m'ont donné les moyennes les plus courtes de durée pour le traitement tout en réunissant les circonstances d'application commode ou même agréable que je cherchais:

Lotions aromatiques alcoolisées. 1° Thym, 60 grammes; eau bouillante, 1,000 grammes. Passez et ajoutez: alcool à 32°, 200 grammes. Lotions matin et soir. La moyenne du traitement a été de 12 jours; 2° essences de menthe, de romarin, de lavande, de citron, de chaque 4 grammes; alcool à 32°, 1,000 grammes; infusion légère de thym, 5 litres. La moyenne a été de 8 jours; 3° menthe poivrée, romarin, thym, sauge, lavande, de chaque, 250 grammes; alcool à 32°, 4 litres; eau, 2 litres et demi. Inciser les plantes, les faire macérer dans l'alcool et l'eau pendant dix jours, filtrer et conserver cette teinture que l'on étendra de six fois son poids d'eau pour l'usage. La moyenne a été de 10 à 12 jours.

Lotions acides alcoolisées. Alcool à 32°, vinaigre, de chaque 500 grammes; acide sulfurique, 125 grammes; eau, 4 litres. La moyenne a été de 12 jours.

Lotions acides camphrées. Camphre, 15 grammes; vinaigre blanc, 1 litre. La moyenne a été de 12 jours.

Lotions iodurées. Iodure de potassium, 8 grammes; iode, 2 grammes; eau, 1,000 grammes. La moyenne a été de 9 jours.

Lotions d'iodure de soufre. Iodure de soufre, 15 grammes; eau, 1 litre. La moyenne a été de 8 jours.

Lotions d'iodure de soufre ioduré. Iodure de soufre, 6 grammes; iodure de potassium, 6 grammes; eau, 1 litre. J'ai fait ajouter l'iodure de potassium pour rendre l'iodure de soufre plus soluble. La moyenne a été de 7 et de 6 jours.

En résumé, la plus agréable de ces lotions, celle qui peut convenir le mieux dans certaines conditions de la pratique, est sans contredit la lotion aromatique alcoolisée, n° 3. Mais elle coûte cher, et, à raison de cette circonstance, elle ne peut être applicable qu'à quelques cas limités. Celle qui convient le mieux, et par son bon marché, et par son énergie, est la lotion d'iodure de soufre ioduré. C'est à celle-là que je me suis arrêté pour la pratique de l'hôpital, et pour la plupart des faits de la pratique de ville.

Quelle que soit la lotion qui ait été choisie, il faut avoir soin non pas seulement de mouiller les parties, mais autant que possible, surtout pour les mains, de les baigner dans le liquide, de manière à produire une sorte de macération très favorable à la destruction rapide de l'acarus. On renouvellera la lotion matin et soir.

Le traitement sera aidé de bains généraux simples, que la malade prendra au moins tous les deux jours, et complété au besoin par quelques bains sulfureux.

Si pendant le cours du traitement, ou si, au moment où les soins du médecin sont réclamés, la gale est compliquée d'une autre éruption, soit d'un lichen, soit d'un eczéma, soit d'un ecthyma, il faut souvent suspendre toute application de topique excitant, jusqu'à ce que la maladie accessoire ait disparu ou au moins diminué. Quelquefois cependant cette complication, entretenue par la maladie première, cesse aussi par l'effet du traitement lui-même.

Il est toujours utile de désinfecter les vêtemens par des fumigations sulfureuses, et d'insister sur les bains après que la gale a disparu.

PULEX (Puce).

Le genre *Pulex* comprend deux espèces, dont l'une semble se rapprocher de l'acarus par la faculté qu'elle a de pénétrer et de vivre sous la peau; c'est le *pulex penetrans*, la *puce pénétrante*, connue surtout sous le nom de *chique;* dont l'autre est le *pulex simplex* ou *puce commune*.

Chique. La chique, inconnue dans nos climats, est un véritable fléau pour les Antilles et dans l'Amérique méridio-

nale. Sloane, Margraff et Catesby, qui l'ont observée à la Jamaïque, au Brésil, à la Caroline, en ont donné des descriptions complètes et souvent terribles.

La femelle s'introduit sous la peau à la manière de l'acarus, mais le plus souvent sous les ongles des orteils, vers le talon. Elle s'y loge, s'y nourrit, y fait sa ponte, sans causer d'ailleurs de démangeaisons vives comme dans la gale. Le point où s'est logée la chique est marqué d'abord par une petite tache noirâtre qui, plus tard, s'étend, se soulève, et forme une tumeur du volume moyen d'un pois. Cette tumeur est rougeâtre, quelquefois de la couleur de la peau. Elle renferme un pus sanieux, mêlé d'un grand nombre de globules blancs, ovales, qui sont les œufs de l'insecte. Enfin, elle peut s'ouvrir et donner lieu à un ulcère, à la surface duquel se répandent les œufs. On cite des cas où cette ulcération aurait déterminé, peu à peu, la chute des orteils. Des témoins dignes de foi m'ont même assuré que la mort pouvait être le résultat du séjour prolongé des chiques et des désordres qu'il entraîne. Un de mes amis, qui a longtemps habité les colonies, a vu des nègres périr de cette manière; mais ce sont là des faits rares, exceptionnels.

Le développement, et surtout la persistance de la chique, semblent tout particulièrement influencés par la malpropreté, par l'habitation dans des lieux humides, mal aérés, que surchauffe par momens un climat torride.

Le traitement consiste dans l'extraction de l'insecte. Mais, pour que cette opération soit décisive, il faut avoir soin de bien énucléer la tumeur, de l'enlever sans l'ouvrir. Les nègres sont très exercés à cette extirpation, et l'exécutent avec beaucoup d'adresse. Après l'opération, on panse avec du tabac en poudre ou en décoction, ou bien avec l'onguent mercuriel, ou une solution de nitrate acide de mercure.

Puce commune. — Ce genre de pulex vit complétement à la surface de la peau. C'est un insecte parasite, d'un brun foncé, ayant une tête et un corselet distincts. La tête est terminée par une sorte de bec ou suçoir très puissant; son abdomen est développé, arrondi et ovalaire; il a, enfin, les pattes fortes; celles de derrière sont disposées de manière à lui permettre de faire des sauts considérables.

La piqûre de la puce détermine une sensation d'agacement irrésistible, et qui force immédiatement à gratter le point piqué; celui-ci devient très rapidement le siége d'une tache arrondie, rouge, que l'on a pu, dans quelques cas, confondre avec les ecchymoses et les taches du purpura; mais il existe, dans la piqûre de la puce, un caractère constant, essentiel, qui doit toujours la faire reconnaître : c'est un petit point noir, parfaitement central, causé par la morsure de l'insecte. Il faut ajouter que si l'on presse avec le doigt la petite tumeur qui entoure le point piqué, elle semble plus blanche que l'aréole rose qui l'entoure, tandis que la tache purpurine conserve toujours la teinte violacée ou fauve.

Ce petit point de diagnostic est le seul trait un peu important de l'histoire de là puce commune.

PEDICULUS (Pou).

Le pediculus est un insecte aptère, particulièrement apte à vivre sur la peau de l'homme; qui peut, par le prurit qu'il détermine, par la saleté qu'il cause et entretient, constituer une incommodité plus ou moins grande, mais qui ne détermine point, comme l'acarus, d'affection cutanée particulière.

Dans quelques cas, le pediculus semble traduire un état général plus ou moins grave; il peut même, dans certaines circonstances de production excessive, constituer une véritable maladie, que l'on a appelée *phthiriase* (φθειρίασις; φθεὶρ), et qui est caractérisée par l'accumulation d'une grande quantité de poux, sur une ou sur plusieurs régions.

Le pediculus est un insecte parasite, aptère, ayant le corps aplati, transparent au centre, d'un gris plus foncé aux bords où la peau est plus coriace. Sa tête est distincte, petite, ovale ou triangulaire, terminée par une membrane charnue, en forme de suçoir; il a six pattes très courtes, un abdomen développé, rond ou ovalaire.

Leuvenhoeck distinguait un pediculus mâle et un pediculus femelle: celle-ci est ovipare et, après l'accouplement, elle dépose ses œufs (lentes) sur les poils ou dans les vêtemens plus particulièrement en contact avec les points affectés; ses petits ne tardent pas à sortir des œufs; ils changent plusieurs fois de peau, et c'est seulement après ces mues, qu'ils deviennent aptes à reproduire. Leuvenhoeck a pris deux femelles qu'il a déposées sur un bas de soie noire, qu'il a ensuite porté nuit et jour. Six jours après, chacune avait pondu cinquante œufs; au bout de 24 jours, les petits éclos produisirent d'autres œufs et, en deux mois, les deux femelles avaient, par des générations successives, produit 18,000 individus.

On distingue trois espèces de pediculus: le *pediculus capitis* et le *pediculus corporis*, dont l'un siége exclusivement au cuir chevelu, dont l'autre est plus particulièrement fixé sur les autres parties du corps, mais qui semblent être deux variétés d'un même type; le *pediculus pubis* qui affecte surtout les parties génitales.

Pediculus capitis (poux du cuir chevelu). — Le *pediculus capitis* se manifeste quelquefois spontanément chez de jeunes sujets, surtout dans la première et la seconde enfance. Si, le plus souvent, il est alors produit par l'absence de soins hygiéniques, il peut aussi, mais plus rarement, apparaître au milieu d'habitudes de propreté les plus assidues. On a dit que le pou était alors un signe de santé, et qu'il pouvait être inopportun, sinon dangereux de le combattre et

de le détruire. C'est une opinion qui ne saurait être acceptée au moins d'une manière absolue. En effet, s'il est rationnel de tenir compte, dans le traitement, des conditions générales au milieu desquelles ils se produisent, et qui peuvent présider à leur développement, il est plus vrai encore qu'il peut y avoir du danger à laisser les poux s'établir au cuir chevelu, y prendre droit de domicile; car, à part la question de malpropreté, par le prurit qu'ils déterminent, ils peuvent causer un agacement général, une irritation quelquefois très vive, qui réagissent d'une manière fâcheuse sur la constitution des petits malades.

Cette observation est applicable aussi au *pediculus capitis* développé à la suite, et pendant la convalescence des maladies graves. Si sa présence peut être considérée comme une crise heureuse, il faut tenir compte aussi de l'agitation qu'il peut produire par sa persistance, des causes d'épuisement qu'il viendrait ajouter alors à celles qui existent déjà pour le malade.

Les poux de la tête sont, le plus souvent, une complication de certaines éruptions particulières au cuir chevelu, surtout de l'*impetigo granulata,* du *favus,* restant alors le résultat et l'indice de la malpropreté habituelle et invétérée des malades. Dans ce cas, ils déterminent un prurit très intense, et sollicitent le malade à se gratter, à se déchirer même, circonstance qui favorise l'inflammation du cuir chevelu et l'accroissement de l'éruption. Alors aussi, il suffit, pour en délivrer les malades, de quelques soins de propreté.

Dans quelques circonstances, surtout chez des individus sales, en proie à la misère, les poux de la tête se multiplient tellement qu'ils se répandent hors du cuir chevelu, sur les tempes, le cou, les épaules, et qu'on les voit très distinctement grouiller à travers les cheveux. Dans ce cas, les démangeaisons sont ordinairement très vives, incessantes; le cuir chevelu, tourmenté, déchiré par l'action des ongles, peut devenir le siége d'éruptions accidentelles, surtout de pustules; les cheveux sont couverts de lentes, sales, flétris, comme décolorés. La chevelure hérissée, sordide, a un aspect dégoûtant.

Le traitement du *pediculus capitis* consiste surtout dans les soins de propreté. Il est souvent utile de recourir à des lotions légèrement alcalines, ou même de raser le cuir chevelu, comme cela a lieu notamment dans l'*impetigo granulata* compliqué de poux.

Pediculus corporis. Cette variété du genre pediculus semble être surtout l'apanage de la malpropreté, de la misère, du séjour dans les habitations malsaines ou humides, de la vieillesse, de tout ce qui peut enfin altérer ou détériorer plus ou moins profondément l'économie. Ainsi on le rencontre chez les individus affaiblis par les privations, adonnés à la débauche crapuleuse; chez les prisonniers, les galériens; chez les personnes épuisées par des maladies antérieures graves, ou chroniques, chez les vieillards cachectiques. Il se développe alors spontanément et il est entretenu par la persistance des causes qui l'ont produit.

Dans quelques cas rares, la production spontanée du *pediculus corporis* a lieu sans qu'on puisse invoquer aucune des causes qui y président habituellement. Alors aussi cette production se présente avec un caractère d'abondance, d'instantanéité, si l'on peut dire ainsi, qui est des plus remarquables. J'ai vu ainsi des personnes affectées de ces poux, se nettoyer avec un soin extrême, sortir du bain, libres de toute vermine, se revêtir de linge blanc et, une heure à peine après, être de nouveau couvertes de poux qui semblaient sortir spontanément de la peau, sans que rien pût expliquer cette production extraordinaire. C'est à des faits de ce genre qu'il faut rapporter la maladie si curieuse que l'on a appelée *phthiriase* et qui est caractérisée par la production continue, permanente de poux en quantité innombrable.

Le *pediculus corporis* peut se présenter sur tous les points de la surface du corps. Cependant il paraît siéger de préférence au dos, à la poitrine et sur les membres supérieurs. Quand il est largement répandu, quand surtout il existe depuis long-temps déjà, sa présence détermine un prurit quelquefois si intense, qu'il jette les malades dans une agitation extrême, qu'il peut produire des lypothimies, quelquefois même des syncopes.

Cette espèce de poux est très souvent transmise par contagion; mais, chose remarquable, il faut pour qu'il se développe qu'il trouve les conditions particulières que nous avons signalées tout à l'heure. Très souvent aussi, il complique certaines affections prurigineuses et surtout le *prurigo.* Cette complication donne à la maladie un caractère particulier qui l'a fait décrire sous le nom de *prurigo pedicularis.*

Le traitement du pediculus corporis consiste dans l'emploi de soins de propreté, de bains simples. Il suffit quelquefois, pour les faire disparaître, de soumettre les individus affectés à un régime hygiénique bien entendu, à une alimentation substantielle, de les soustraire aux causes de développement des poux.

Souvent aussi ces moyens simples ne suffisent pas et il faut recourir à un traitement plus actif. C'est alors que l'on conseillera les bains alcalins, les bains sulfureux, les fumigations sulfureuses et mieux encore les fumigations cinabrées, si utiles dans les affections prurigineuses invétérées, surtout quand elles sont restreintes à certains siéges limités. Il peut être utile aussi d'employer des frictions alcalines sur les points plus spécialement atteints de prurit.

Le traitement topique doit, dans certains cas, être aidé de l'emploi de moyens destinés surtout à refaire ou amender la constitution, et empruntés aux amers, aux sudorifiques, aux ferrugineux.

Pediculus pubis. Le *pediculus pubis,* vulgairement appelé *morpion,* est plus petit que les précédents et d'une forme plus aplatie, plus allongée. Créé ordinairement au pubis, il y adhère assez fortement à la peau, dans laquelle il semble pénétrer, au point qu'il faut quelque effort pour l'arracher. Il siége surtout à la base des poils, avec lesquels il paraît

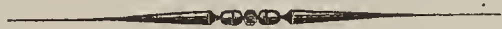
se confondre dans quelques cas. Il détermine aux points affectés un prurit vif, qui s'exaspère par l'action de se gratter et peut acquérir une intensité excessive.

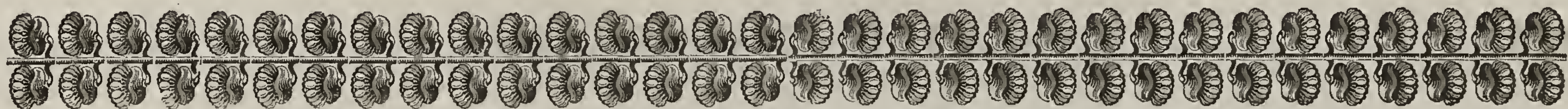
Cette espèce de poux apparaît tout d'abord au pubis, où le plus souvent il reste confiné. Mais soit qu'il existe depuis long-temps et qu'il se soit éloigné de son siége d'origine, soit que les malades l'aient transporté avec leurs ongles et implanté sur d'autres points couverts de poils, il n'est pas rare de le voir siéger sur d'autres parties, ainsi aux aisselles, dans la barbe, aux sourcils. Jamais cependant on ne l'observe au cuir chevelu. On ne le rencontre d'ailleurs, à l'état fixe, que là où il y a des poils.

En raison de certaines prédispositions individuelles, la présence du *pediculus pubis* est quelquefois accompagnée de démangeaisons si violentes, que cet insecte a reçu et justifie le nom de *pediculus ferox* qu'on lui a donné.

On s'est demandé si le *pediculus pubis* se développe spontanément. Cela semble physiologiquement possible, mais le plus habituellement il se transmet par contagion. D'un autre côté, on a exagéré très probablement la facilité avec laquelle ce pou peut se communiquer, et l'on a profité de cette hypothèse pour expliquer sa présence, par les contacts les plus passagers, les plus simples et quelquefois les plus inoffensifs.

Pour détruire le *pediculus pubis* on emploie des frictions avec l'onguent mercuriel, sans qu'il soit nécessaire de raser préalablement les points affectés. Ce traitement, vulgaire tant il est connu, est aidé par des bains simples.





HUITIÈME GROUPE.

MALADIES DES ANNEXES.



Les maladies qui composent ce groupe sont constituées par des lésions particulières aux appendices pileux ou cornés de la peau.

Rarement idiopatiques, elles sont le plus souvent symptomatiques d'autres affections cutanées, générales ou locales; ainsi nons avons étudié déjà plusieurs maladies des follicules pilifères, le favus, le sycosis, l'acne sebacea fluens (plique).

D'un autre côté, les annexes présentent quelquefois des altérations qui échappent aux descriptions d'un état réellement morbide: ainsi, la longueur, la grosseur anormale des poils, leur changement accidentel de couleur, et surtout ce que l'on a appelé les poils surnuméraires, qu'il s'agisse d'un état congénital, ou d'un développement accidentel dans la convalescence d'une maladie, etc. J'ai été consulté pour une jeune fille qui, à la suite d'érysipèles consécutifs, avait le visage et le col couverts de poils, plus épais, plus fournis que ceux que l'on rencontre chez l'homme à la barbe et aux favoris les plus touffus.

Quoi qu'il en soit, les altérations dont il me reste à vous parler ici, sont l'absence congénitale ou acquise des poils (alopécie), et leur décoloration (canitie).

Les altérations diverses des appendices cornés comprennent les maladies particulières aux ongles, et notamment l'*onyxis*.

ALOPÉCIE.

L'alopécie est un état anormal du cuir chevelu ou des parties habituellement recouvertes de poils, caractérisé soit par l'absence absolue, soit par la perte définitive ou passagère de ces appendices.

Les anciens, qui attachaient une idée particulière de beauté, presque de noblesse à la chevelure, ont dû se préoccuper sérieusement des causes qui pouvaient amener ou maintenir la perte des cheveux. Aussi ont-ils donné à l'alopécie une importance qu'elle mérite sans doute, mais qui, souvent exagérée, les a conduits à admettre des définitions dont il est très difficile de saisir le véritable sens. Nous avons déjà vu que, sous le nom d'*alopécie ulcéreuse*, ils avaient probablement signalé le *favus*. Il est bien probable que leurs descriptions se rapportent surtout à des accidens alopéciques, résultant des maladies du cuir chevelu. Cependant ils avaient, sur les phénomènes de sécrétion pileuse, une théorie qui leur servait à expliquer l'alopécie survenant sans symptômes locaux concomitans. Ainsi, ils supposaient que le poil était produit, lubréfié, entretenu par une humeur ou une vapeur particulière. Si celle-ci était viciée ou venait à manquer, il en résultait une lésion des poils eux-mêmes, qui tombaient plus ou moins complétement. Dans les deux cas, il y avait alopécie; seulement, on faisait une espèce à part de celle qui s'était manifestée sans cause pathologique appréciable; on lui donnait le nom de *calvitie*.

Une connaissance plus exacte des phénomènes de sécrétion, propres aux appendices pileux, permet aujourd'hui de mieux préciser le véritable caractère des diverses alopécies. On peut les rapporter à trois types distincts: ou la perte du poil est le résultat de l'absence ou d'une lésion organique du bulbe, et alors elle est définitive et incurable, ou elle dépend d'une lésion de sécrétion accidentelle et, dans ce cas, elle est le plus souvent remédiable et passagère, ou enfin, elle est déterminée mécaniquement, si l'on peut dire ainsi, par la présence au cuir chevelu d'une affection de

la peau. Dans ces conditions, elle n'a pas d'autre valeur que la maladie dont elle dépend ; elle cesse avec elle, et presque toujours elle passe sans laisser de traces.

Les types divers peuvent être ramenés à deux points principaux, selon qu'elle est naturelle, c'est-à-dire, produite par des causes fatales, nécessaires, l'âge, par exemple : ou pathologique, c'est-à-dire résultant d'une disposition ou d'un état morbide général, ou local, mais accidentel.

Symptômes. *Alopécie naturelle.* — L'alopécie naturelle est congénitale ou sénile. Sous ces deux types, elle est caractérisée par l'absence ou par la chute des poils, sans que cette dénudation soit produite ou entretenue par aucun état pathologique général ou local.

L'*alopécie congénitale* consiste, le plus souvent, dans l'existence, au cuir chevelu, de plaques plus ou moins étendues, uniques ou multiples, où il n'y a jamais eu de symptômes de sécrétion pileuse. Ces dénudations ne sont accompagnées d'aucune altération du cuir chevelu; il n'y a jamais ni éruption, ni desquamation ; la peau a perdu un peu de sa teinte normale; elle est lisse, unie; mais elle n'est pas décolorée. On a parlé d'alopécie congénitale occupant tout le cuir chevelu: mais, si de tels cas existent, ils sont au moins excessivement rares.

L'*alopécie sénile* est, au contraire, extrêmement fréquente. On le comprend sans peine, en pensant que, résultat sinon fatal, au moins habituel des progrès de l'âge, elle est presque un des attributs nécessaires de la vieillesse. Elle constitue surtout ce que les anciens entendaient par *calvitie*.

Cette alopécie commence ordinairement à l'époque de la vie où l'homme atteint les limites de la virilité ; ainsi, elle apparaît vers l'âge moyen de trente-cinq à quarante-cinq ans ; elle débute presque toujours au sommet de la tête, qui se dégarnit peu à peu et forme une espèce de tonsure limitée par des cheveux de plus en plus éclaircis. L'alopécie se fait habituellement avec lenteur, surtout au début; dans quelques cas, cependant, elle marche avec rapidité, et le cuir chevelu est dévasté en très peu de temps.

Quoi qu'il en soit, la dénudation lente ou active s'étend du *vertex* à la partie supérieure et antérieure de la tête ; elle gagne le front et les tempes qu'elle dégarnit. Il n'est pas rare de voir l'alopécie sénile précédée et accompagnée d'une sorte de dépérissement du cheveu qui est élimé, aminci et semble, cessant d'être sécrété, disparaître par usure. Quand toute la partie supérieure et antérieure du crâne est complétement dénudée, le front prend des proportions excessives, et donne à la physionomie un aspect particulier, rendu surtout étrange par le contraste qui existe entre la couleur de la peau du visage et celle du cuir chevelu qui, lorsque la calvitie est déjà ancienne, devient jaunâtre, lisse, luisant, presque semblable à un tissu cicatriciel.

Il est rare que l'alopécie sénile envahisse tout le cuir chevelu; le plus souvent, le derrière de la tête reste couvert de poils, d'autant plus épais, qu'ils se rapprochent plus de la nuque.

Cette alopécie est ordinairement déterminée par le progrès de l'âge. Cependant il n'est que trop commun de la voir développée prématurément, sous l'influence de causes débilitantes, telles que les chagrins, les contentions d'esprit excessives, l'abus des plaisirs, etc. Elle peut même se manifester dans la jeunesse, et sans qu'il soit possible de lui assigner d'autre cause que celle qui résulterait d'une lésion organique inappréciable ; elle est d'ailleurs plus fréquente et plus marquée chez l'homme que chez la femme.

L'alopécie naturelle, étant toujours l'expression d'une lésion innée ou acquise du bulbe, est, dans tous les cas, définitive et incurable.

Alopécie pathologique. Cette variété comprend toutes les formes alopéciques causées ou entretenues par un état pathologique général ou local. Elle est le résultat soit d'une lésion accidentelle de la sécrétion du poil, soit de la présence d'une affection de la peau.

On observe fréquemment l'alopécie à la suite de couches, pendant la convalescence de maladies graves, comme conséquence de la variole, par exemple. Elle exprime alors une lésion de sécrétion, produite par un trouble plus ou moins profond de l'économie tout entière. C'est ce qui arrive aussi chez des individus affaiblis par la misère, par les excès, par le séjour dans les prisons. Dans ces cas, les poils sont bien évidemment affectés avant de tomber. Ainsi, ils deviennent secs, décolorés; quelquefois ils présentent une intrication considérable, et alors, il n'est pas rare de les voir tomber par masses, et dégarnir très rapidement le cuir chevelu.

Cette alopécie, par lésion de sécrétion, est fréquemment un symptôme de la syphilis; c'est alors surtout que les poils sont profondément altérés; ils sont flétris, décolorés, lanugineux, cassans; le plus petit effort suffit pour les arracher; aussi tombent-ils très facilement sous le peigne, qui les entraîne souvent en nombre considérable à la fois. La tête se dégarnit sur tous les points, mais toujours plus complétement au sommet, sur la partie antérieure et sur les tempes.

L'alopécie syphilitique, proprement dite, existe sans symptômes locaux concomitans. Le cuir chevelu ne présente aucune altération notable. La maladie a une durée en rapport avec la cause générale qui la produit. Mais alors même qu'elle s'arrête, la lésion de sécrétion qu'elle a déterminée peut conserver une partie de ses effets, surtout si l'alopécie s'est manifestée à un âge déjà avancé. Quand elle a eu lieu dans la jeunesse, les cheveux repoussent le plus souvent, aussi fournis, aussi beaux qu'ils étaient auparavant.

La lésion de secrétion qui provoque la chute du poil peut être le résultat d'une cause toute locale. C'est ce qui a lieu dans le *vitiligo*, que nous avons étudié, en parlant des décolorations de la peau.

L'alopécie pathologique est, dans un grand nombre de cas, causée par une inflammation locale, exprimée au cuir chevelu par une affection cutanée. Nous avons eu occasion de signaler ce phénomène tout accidentel, en vous présentant l'histoire de toutes les affections de la peau qui peuvent siéger au cuir chevelu et, entre autres, de l'*eczema*, du *pityriasis*, de l'*acne sebacea*, etc. Nous avons décrit les alopécies spéciales de l'*herpès tonsurant* et du *favus*. Cette alopécie n'a de valeur que celle qu'elle emprunte à la maladie même dont elle est un symptôme. Nous n'aurions donc rien à en dire si ce n'était pas une occasion, pour nous, de répéter que, dans ces diverses circonstances, l'importance de l'alopécie est très différente, selon qu'elle tient à des causes qui la rendent ou passagère et par conséquent bénigne, ou permanente et par suite réellement grave. Ainsi, dans toutes les inflammations non spéciales du cuir chevelu, là où elle est, le plus souvent, un résultat pour ainsi dire mécanique de l'éruption, elle passe ordinairement sans laisser de trace et les cheveux repoussent toujours. Il en faut dire autant de la tonsure de l'herpès du cuir chevelu ; mais il n'en est plus de même pour le favus qui, comme nous l'avons vu, a pour conséquence fatale une alopécie définitive et permanente.

Causes. La connaissance des causes de l'alopécie, en général, ressort de l'exposé que nous venons de faire des diverses espèces, examinées au point de vue de leur nature. Nous n'avons rien à y ajouter.

Diagnostic. L'alopécie naturelle congénitale se reconnaît à des signes si tranchés, qu'il est inutile d'insister sur les caractères qui la distinguent.

L'alopécie naturelle sénile se manifestant chez un homme au milieu de la vie et, à plus forte raison, chez un vieillard, comporte avec elle une signification telle, que le dignostic ne saurait présenter de difficulté. Il pourrait exister quelque raison de doute, quand cette maladie existe chez un jeune homme et surtout quand il n'est pas possible d'invoquer quelqu'une des causes débilitantes que nous avons énumérées. Cependant l'alopécie se présente alors avec des caractères de progression très remarquables ; ainsi elle procède du sommet de la tête, en s'étendant vers le front et les tempes : elle n'est accompagnée d'aucune altération des poils qui tombent et ceux qui restent conservent toutes leurs qualités normales. Ces signes sont suffisans pour la séparer surtout de l'alopécie syphilitique, avec laquelle on pourrait la confondre et qui, elle, procède par une sorte de dévastation générale, précédée et accompagnée d'une altération profonde des appendices pileux.

Quant à l'alopécie pathologique, elle doit être différentiée à l'aide des procédés de diagnostic qui peuvent faire reconnaître l'existence des troubles mêmes dont elle dépend. C'est ce qui arrive pour les affections graves, pour les perturbations de l'économie qui déterminent la chute des poils. Cette raison peut être plus difficilement applicable à l'alopécie syphilitique : mais nous savons déjà les signes qui, joints aux autres circonstances négatives, doivent la faire soupçonner.

Si l'alopécie pathologique résulte de la présence, au cuir chevelu, d'une affection cutanée, le diagnostic est celui de cette affection elle-même. Quant aux caractères spéciaux qui distinguent certaines formes d'alopécie particulière, comme on en observe dans le favus, dans l'herpès tonsurant, dans le vitiligo, dans l'acne sebacea, nous avons, en nous occupant de ces maladies, indiqué les moyens de les apprécier aussi sûrement que possible.

Pronostic. L'alopécie naturelle n'est jamais un symptôme grave, en ce sens qu'elle exprimerait un état général ou local sérieux ; mais, à raison de son caractère de permanence et d'incurabilité, elle a une importance physiologique réelle. Elle constitue d'ailleurs une sorte de difformité qui devient un ennui, sinon un inconvénient, pour l'individu qui en est affecté.

L'alopécie pathologique n'a de valeur que celle qu'elle emprunte à la cause dont elle est l'effet. Ainsi elle est toujours grave dans le favus ; elle ne l'est qu'exceptionnellement dans les cas où elle dépend de l'infection syphilitique ; le plus souvent, elle ne constitue qu'un phénomène accidentel et passager, surtout quand elle résulte d'une éruption du cuir chevelu, aiguë ou chronique, d'une inflammation non spéciale.

Traitement. Quand l'alopécie s'est produite par suite d'une lésion du bulbe, elle est au-dessus des ressources de l'art, qu'elle soit d'ailleurs congénitale, ou sénile. Cependant si l'alopécie naturelle se manifestait chez un homme jeune encore, on pourrait espérer, sinon une réparation des désordres produits, au moins un arrêt de la chute des poils. Le traitement consiste alors dans l'emploi des moyens qui conviennent d'ailleurs à la plupart des alopécies par lésion de sécrétion. On peut espérer de bons effets de la rasure des cheveux, et de frictions légèrement toniques et stimulantes. On a conseillé des onctions avec des pommades au rhum, au tannin, au quinquina ; on a employé aussi avec avantage des frictions sèches.

L'alopécie pathologique ne demande pas d'autre traitement que celui qu'exige la maladie dont elle est un symptôme accidentel.

CANITIE.

La canitie est une décoloration des poils, distincte de celle qui résulte d'une lésion de sécrétion de la matière colorante, et qui, le plus souvent, est le résultat fatal du progrès de l'âge. C'est ce que l'on peut appeler la canitie naturelle.

Cet état des annexes pileux se manifeste ordinairement dès l'âge de 30 à 40 ans. Il débute par l'extrémité des poils, qui se trouvent ainsi décolorés en partie seulement, et de manière à donner à la tête un aspect grisonnant très-remarquable. Il a une marche plus ou moins rapide et parvient à un état plus ou moins complet. Dans quelques cas, la canitie reste limitée à une décoloration partielle des poils; mais elle peut aussi atteindre la chevelure tout entière. Celle-ci prend alors une teinte argentée qui, surtout quand elle reste un peu abondante, soyeuse et longue, imprime à la face un cachet de vénérabilité qui explique le respect traditionnel qu'inspire la vieillesse.

Il arrive pour cette décoloration des poils ce que nous avons signalé pour la calvitie, c'est qu'elle affecte quelquefois prématurément la jeunesse. Ce développement anormal est, le plus souvent, causé par des influences débilitantes, telles que les affections morales vives; mais elle se présente aussi avec ce caractère exceptionnel, sans qu'il soit possible de l'expliquer autrement que par une anomalie naturelle de secrétion.

La canitie peut se développer aussi accidentellement. L'histoire offre de curieux exemples d'individus dont la chevelure a blanchi tout d'un coup et plus ou moins complétement sous l'influence de perturbations morales très-violentes, soit une frayeur subite, soit une profonde prostration en présence d'un immense malheur.

On a signalé aussi des faits qui sembleraient établir la possibilité d'une canitie congénitale. Mais il est probable que ces faits se rapportent à ces décolorations du genre de celles qui constituent le *vitiligo* ou mieux l'*albinisme*.

La canitie n'a, en général, d'autre inconvénient que celui de la contrariété qu'elle cause surtout quand elle affecte des jeunes gens ou des femmes. Cette gravité, toute relative, est d'autant plus fâcheuse que cette décoloration est au-dessus des ressources de l'art.

MALADIES DES ONGLES.

Les ongles présentent des altérations variées. Les unes sont des vices de conformation héréditaires ou non; les autres, appartenant à l'ongle même, consistent dans des changemens de couleur, d'épaisseur, d'étendue, de forme, dans l'hypertrophie, l'allongement, la mauvaise direction de l'appendice corné; d'autres enfin résultent d'une affection du derme sous-jacent, de la matrice de l'ongle, et par suite, d'un vice de sécrétion de celui-ci.

Les ongles peuvent manquer entièrement, ou n'être qu'imparfaitement développés. Quelquefois ils sont bifurqués; ils peuvent d'ailleurs présenter une foule de modifications à leur état normal. Tantôt leur surface est ondulée, inégale, tantôt ils sont relevés à leur extrémité libre, et Ollivier (*Dict. de médecine*, t. XXII) a regardé cette disposition comme pouvant devenir une cause d'inflammation de la matrice de l'ongle, et par suite, de la chute de celui-ci.

Quant aux directions vicieuses des ongles des orteils et des doigts de l'homme, on trouve dans la science un grand nombre de faits curieux, dans lesquels ils étaient hypertrophiés, allongés, recourbés, contournés, de manière à acquérir plusieurs formes semblables aux griffes, aux serres, etc., des animaux.

Enfin, il y a quelquefois maladie réelle, non pas de l'ongle, mais du derme sous-jacent, de la matrice, et par suite, altération de l'ongle sécrété. Cette affection a reçu le nom d'*onyxis*.

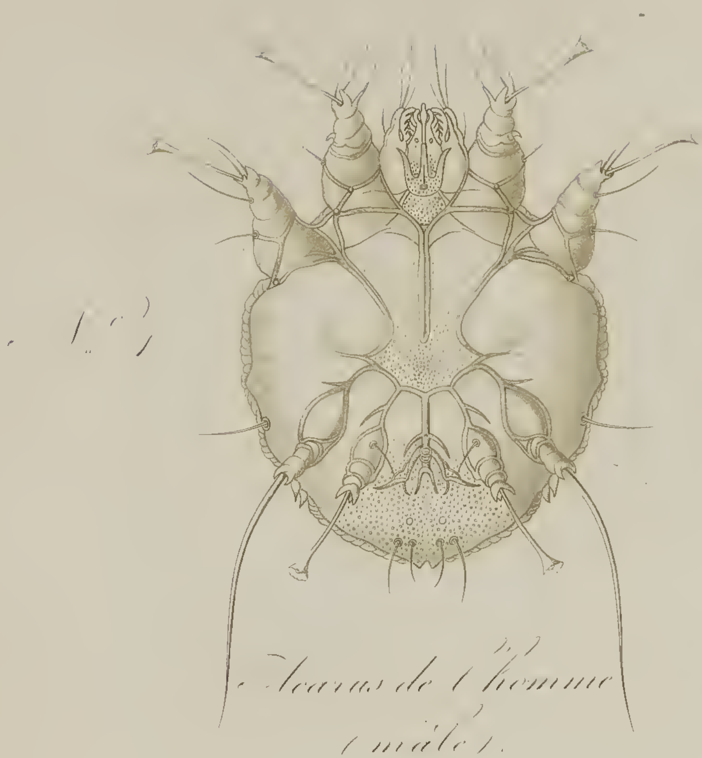
ONYXIS.

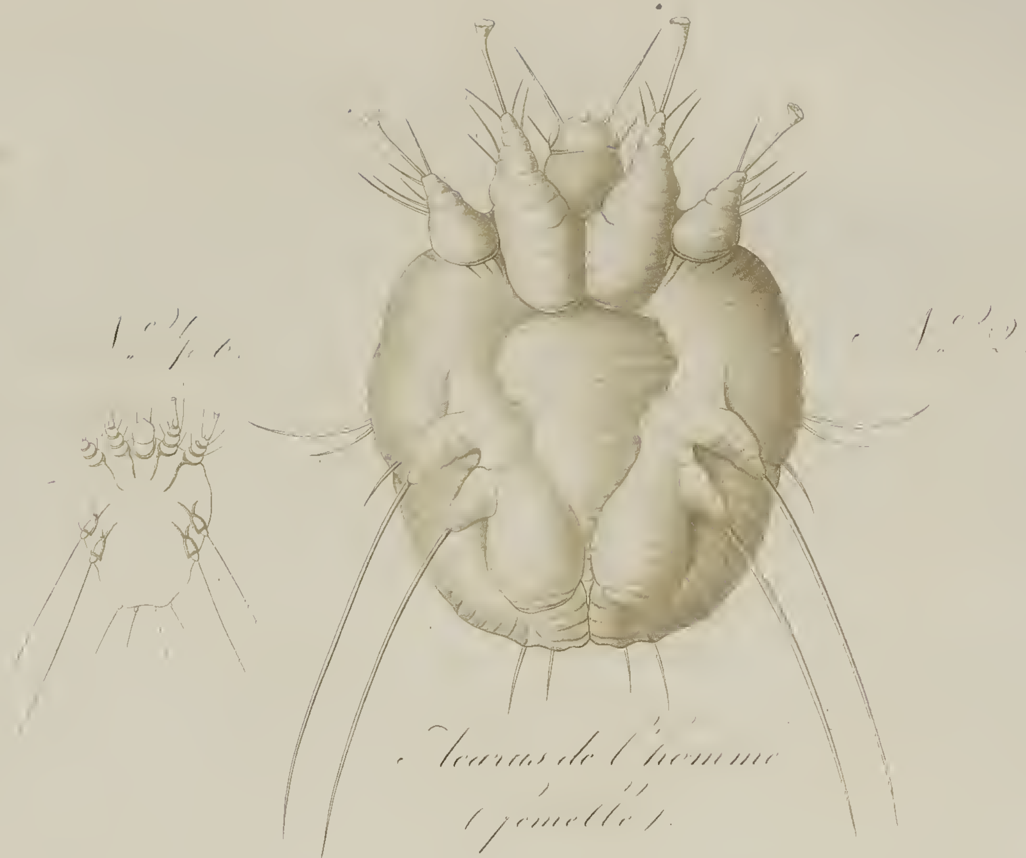
L'onyxis, l'inflammation de la matrice de l'ongle peut être générale ou n'occuper qu'un ongle, tout entier, ou même une partie seulement.

Ainsi, on a décrit l'*onyxis traumatique*, l'*ongle incarné*, dont nous n'avons pas à nous occuper ici; l'*onyxis chronique* (onglade), inflammation simple de la matrice de l'ongle, survenue ordinairement sans cause appréciable, se développant le plus souvent aux gros orteils et aux pouces, et se terminant par la chute de l'ongle.

Enfin, l'onyxis est quelquefois le résultat d'une maladie chronique, ou l'expression de la syphilis. C'est surtout de ces deux formes que je veux vous dire ici quelques mots.

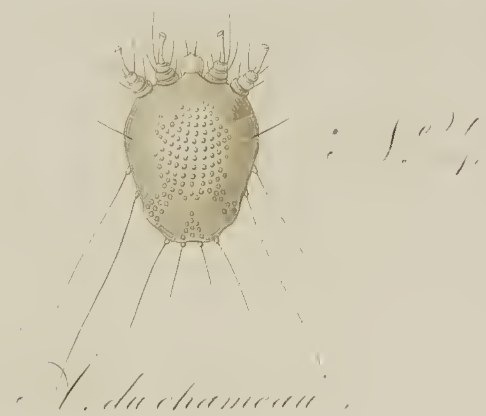
Dans plusieurs maladies chroniques de la peau, quand surtout elles sont restées long-temps fixées aux mains, quelquefois même seulement aux doigts, l'inflammation pénètre le derme sous-jacent, gagne la matrice de l'ongle, et celui-ci présente des altérations remarquables.













Bocourt del. Visto sculp.

Onyxis eczémateux.

Publié par LABÉ, Editeur, à Paris.

Imp. F. Chardon aîné, 30, r. Hautefeuille, Paris.

C'est surtout ce que l'on observe comme complication de l'eczéma des doigts, et le plus souvent du lichen. Biett a décrit, comme une variété à part du psoriasis, cette même altération des ongles, plus commune encore dans les éruptions squammeuses.

Il n'est pas nécessaire, toutefois, que la maladie de la peau occupe les doigts ou la main, pour que l'on observe l'altération des ongles, et même, j'ai vu plusieurs cas bien sérieux d'onyxis chronique, chez des individus qui n'avaient jamais eu, et qui n'avaient actuellement, aucune trace de maladies de la peau, et chez lesquels j'ai obtenu une guérison complète, avec le traitement que j'avais employé contre le psoriasis, par exemple.

Contrairement à ce qui se passe dans les inflammations accidentelles de la matrice de l'ongle, qui sont accompagnées d'un suintement purulent plus ou moins abondant, dans lesquels l'ongle se ramollit en se ternissant, avant de tomber; dans le cas d'onyxis, suite d'une maladie chronique de la peau, c'est moins une inflammation proprement dite avec ses produits divers, qu'une lésion de la sécrétion de la matière cornée; l'ongle devient très cassant, il se couvre d'aspérités, de taches opaques, il est inégal, lamelleux, l'extrémité est détachée profondément, quelquefois même remplacée par de la matière cornée, sèche, unie, comme pulvérulente.

Le traitement est en général celui de maladies chroniques dont il n'est que la conséquence. J'ai le plus souvent employé les arsenicaux à l'intérieur, des frictions douces autour de l'ongle, avec une pommade dans laquelle je faisais entrer un peu d'onguent citrin et de goudron; des bains sulfureux et des bains de vapeur.

Onyxis syphilitique. Dans la syphilis, la peau est souvent altérée dans ses annexes. Un des accidens les plus remarquables consiste dans une véritable inflammation, plus ou moins aiguë, de la matrice de l'ongle, qui va souvent jusqu'à l'ulcération, mais qui, dans beaucoup de cas aussi, se traduit seulement par une sécrétion viciée de la matière de l'ongle, et plus rarement en provoque la chute sans altération appréciable de la peau.

Cette inflammation ulcérative consiste d'abord dans un gonflement peu douloureux, qui se manifeste dans plusieurs points, tout autour de l'ongle, mais surtout vers sa racine. La peau y prend une couleur qui, sous une foule d'influences, passe alternativement du rouge cuivré à la teinte violacée; quelquefois, cette peau mollasse est rapidement creusée par une ulcération de mauvaise nature, à fond grisâtre, baveuse, mouillée d'un liquide sanieux, qui répand une odeur fétide et toute particulière. D'autres fois, au contraire, pendant long-temps, le bourrelet qui se prolonge de chaque côté de l'ongle devenu très arrondi, bien replié sur lui-même, est séparé de lui continuellement par du pus que l'on fait sourdre de tous les côtés, en exerçant une pression sur la peau ainsi tuméfiée. Le pus est souvent mêlé à du sang noirâtre; c'est alors surtout que cette maladie est très douloureuse; je l'ai vue plusieurs fois occasionner des insomnies continuelles. La peau, d'ailleurs, finit toujours à la longue, par s'ulcérer, et même, dans ce cas, la plaie, plus étendue, laisse plus largement à découvert la racine de l'ongle.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de la marche de cette inflammation, le pus qui finit par baigner sans cesse et la matrice de l'ongle, et l'ongle lui-même, le décolle complétement, et celui-ci laisse à découvert par sa chute, ou bien la matrice non ulcérée; et dans ce cas, il ne tarde pas à se reformer, pour peu que la maladie marche vers la guérison; ou bien une ulcération comme fongueuse, entourée d'un bourrelet saillant, ulcéré lui-même dans presque toute son étendue; et plus tard, sur cette surface de la matrice de l'ongle, plus ou moins complétement détruite par l'ulcération syphilitique, on n'aperçoit plus qu'une cicatrice froncée et quelques petites plaques cornées tout à fait informes qui remplacent l'ongle qui a été détruit.

Cette forme de l'onyxis est assez rare. Elle a été bien décrite par quelques pathologistes modernes, et notamment par Delpech. Elle attaque indifféremment les orteils et les doigts; je l'ai surtout observée aux doigts.

Quelquefois, je dirai même le plus souvent, l'inflammation de la matrice de l'ongle ne va pas jusqu'à l'ulcération. La peau reste intacte, il y a des douleurs assez vives, mais pas de gonflement, pas de suintement purulent; il y a sécrétion viciée de la matière cornée. Tantôt piqueté dans plusieurs points, l'ongle devient seulement grisâtre, sec et cassant à son extrémité libre; tantôt il s'épaissit dans les deux tiers de son étendue, et il devient opaque, chagriné; sa surface exfoliée est rugueuse, inégale et, chose remarquable, il y a ordinairement une ligne de démarcation bien tranchée qui sépare la partie malade de la partie saine, représentée habituellement par une surface qui commence un peu au delà de la lunule, surface où l'ongle conserve son éclat, son poli, sa couleur. Dans quelques cas, cependant, l'altération de structure est générale, l'ongle est converti en une production cornée, sèche, grisâtre, chagrinée, très friable.

C'est au même genre d'altération qu'il faut rapporter une forme plus rare et plus curieuse encore, celle de la chute des ongles, sans inflammation appréciable de la peau, sans altération préalable de l'ongle lui-même. Cette alopécie unguéale a été signalée par plusieurs auteurs, et surtout par Mus. Brasavole qui la rapproche de la chute des dents occasionnée par la syphilis, par Hunter, et aussi par Cullerier oncle, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales.*

Le traitement de l'onyxis syphilitique est celui de la syphilis elle-même.

Paris, le XII décembre 1855.

FIN.


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS L'OUVRAGE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, SUCCESSEURS DE PAUL RENOUARD,
Rue Garancière, n. 5, derrière Saint-Sulpice.

